

Handleiding Meten en verbeteren van patiëntveiligheidscultuur in de eerste lijn

SCOPE Verbeterinstrument
(SCOPE-vragenlijst & workshop)



UMC Utrecht
Julius centrum

Meten en verbeteren van patiëntveiligheidscultuur in de eerste lijn

SCOPE Verbeterinstrument

(SCOPE-vragenlijst & workshop)

N. Verbakel
Dr. D.L.M. Zwart

Deze handleiding is ontwikkeld door het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht, in samenwerking met Nederlandse brancheorganisaties.



Het onderzoek is financieel mogelijk gemaakt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Voorwoord

De laatste jaren is patiëntveiligheid een belangrijk aandachtspunt geworden in de zorg. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat patiënten onnodige risico's lopen binnen de gezondheidszorg. Er worden fouten gemaakt die voorkomen hadden kunnen worden en die de patiënten¹ onnodige schade toebrengen. Deze aandacht heeft er voor gezorgd dat zorginstellingen nu veel bewuster bezig zijn om de veiligheid voor de patiënt te vergroten.

Ook binnen de eerste lijn zijn er verschillende initiatieven om te werken aan patiëntveiligheid. Eén van deze initiatieven is het werken aan een open veiligheidscultuur. De cultuur binnen een organisatie of praktijk is bepalend hoe er om wordt gegaan met de patiënt, hoe er gewerkt en samengewerkt wordt. Een goede veiligheidscultuur is een voorwaarde voor patiëntveiligheid. Maar wat is nu een open veiligheidscultuur? Hoe kan je vaststellen welke cultuur er binnen je eigen praktijk heerst en hoe kun je deze cultuur verbeteren, zodat de veiligheid voor de patiënt en medewerker vergroot wordt?

Deze handleiding is bedoeld om praktijken te helpen antwoord te geven op bovenstaande vragen en concreet aan de slag te gaan met het verbeteren van de eigen veiligheidscultuur.

De handleiding bestaat uit twee delen. In deel A wordt uitgelegd hoe de patiëntveiligheidscultuur gemeten kan worden met behulp van de SCOPE vragenlijst. Deel B geeft handvatten om de uitslag van de meting te bespreken en de cultuur te verbeteren. Hiervoor is een workshop ontwikkeld.

1 Daar waar patiënt staat kan ook cliënt, klant gelezen worden. Voor de leesbaarheid wordt in deze handleiding gesproken over patiënten.

Inhoudsopgave

1.	Patiëntveiligheid & cultuur	7
2.	Voor wie is deze handleiding bedoeld	8
2.1.	Kleine(re) praktijken	8
2.1.1.	Anonimiteit	9
2.1.2.	Solisten	9
3.	Hoe kan de handleiding gebruikt worden	10
4.	Extra informatie	12

Deel A: SCOPE vragenlijst

5.1	Uitleg gebruik SCOPE vragenlijst	14
5.2	SCOPE vragenlijst - eerstelijns praktijken -	16
5.3	SCOPE vragenlijst - huisartsenpraktijk -	24
5.4	Verwerking van de vragenlijsten	30

Deel B: Workshop

6.1	Uitleg gebruik workshop	35
6.2	Workshop: dia's en informatie	37

Bijlagen

1.	Begrippenkader patiëntveiligheid	90
2.	Compatibiliteitstabellen MaPSaF – SCOPE	91
3.	MaPSaF dimensies	92
4.	Actieplan format	98
5.	Voorbeeld meldformulier	99

1. Patiëntveiligheid & cultuur

Bij patiëntveiligheid wordt vaak als eerste gedacht aan het melden van incidenten en fouten, zoals bijvoorbeeld een verkeerde diagnose stellen, de verkeerde behandeling geven, niet goed registreren en overdragen. De bedoeling van het melden van incidenten en fouten is dat je binnen de eigen praktijk kritisch kijkt naar wat er allemaal mis is gegaan of mis had kunnen gaan. En dat je gaat nadenken over hoe je kunt voorkomen dat het opnieuw mis gaat. Wat moet er dan veranderen en wie en wat is daarvoor nodig.

Patiëntveiligheid is *“Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem”* (Wagner, 2005).

Patiëntveiligheid is dus veel meer dan het melden van incidenten. Dat is slechts een klein onderdeel. Het gaat ook over hoe vanzelfsprekend het is binnen de praktijk om na te denken en te praten over hoe veilig je je werk doet. Hoe ieders deskundigheid op peil wordt gehouden, hoe veilig de zorg binnen de praktijk is georganiseerd en wat daarin de wensen en verwachtingen van de patiënt zijn. Het heeft ook te maken met de wijze waarop er wordt samengewerkt en gecommuniceerd met collega's binnen en buiten de praktijk, met het maken en nakomen van gemaakte afspraken. Is er binnen de praktijk een sfeer waarin gesproken mag worden over gemaakte fouten met als doel om van elkaar te leren? Is het gebruikelijk en veilig om elkaar aan te spreken op onveilig gedrag? Dit zijn allemaal voorbeelden van veiligheidscultuur. Het gaat om de geschreven en ongeschreven afspraken en werkwijzen die er zijn binnen een praktijk.

Patiëntveiligheidscultuur wordt omschreven als *“de gedeelde opvattingen, overtuigingen, waarden en aannames die ten grondslag liggen aan hoe mensen veiligheidskwesaties in hun organisatie waarnemen en er naar handelen”* (Kirk, 2007).

De cultuur van de eigen praktijk is vaak lastig te beschrijven, omdat het grotendeels onbewust is. Je bent gewend aan een bepaalde werkwijze, omgaan met elkaar en ervaart dit als heel vanzelfsprekend en gewoon. Deze handleiding is ontwikkeld als een hulpmiddel om de eigen cultuur van de praktijk te meten, te bespreken en te verbeteren. Het meten van de cultuur kan met behulp van de van de SCOPE vragenlijst (deel A). Na het meten komt het bespreken van de resultaten en het gezamenlijk komen tot verbeteringen.

Het bespreekbaar maken van de veiligheidscultuur vraagt een goede voorbereiding. Praten over cultuur gaat onder andere over samenwerking, elkaar kunnen aanspreken op gedrag en nakomen van afspraken, open durven zijn over eigen functioneren en fouten. Het kan zijn dat sommige medewerkers de sfeer niet veilig genoeg vinden om eerlijk te zijn, of dat ze het lastig vinden eerlijk te zijn tegenover hun meerdere. Ze zijn mogelijk bang dat dit consequenties voor hun zal hebben en misschien hebben ze hier in het verleden slechte ervaringen mee gehad. Het zijn allemaal punten waar je tijdens de bespreking rekening mee moet houden.

Deel B van de handleiding gaat in op hoe het bespreken van de resultaten op een goede en veilige manier kan worden opgezet. Er is voor gekozen om dit in een workshop te doen. Het voordeel van het organiseren van een workshop is dat er op deze manier ook echt tijd vrij gemaakt wordt om het onderwerp te bespreken. Een ander voordeel van een workshop is dat het daardoor een gezamenlijk project wordt. Iedereen wordt betrokken en er wordt van iedereen inbreng verwacht. Dit moet leiden tot een gezamenlijk plan om de cultuur te verbeteren en de veiligheid voor de patiënt te vergroten. Patiëntveiligheid is niet iets wat van achter een bureau geregeld kan worden. De inbreng, kennis, ervaring en instemming van de medewerkers is nodig om te komen tot veranderingen.

2. Voor wie is deze handleiding bedoeld?

Deze handleiding is bedoeld voor eerstelijns praktijken die binnen hun team willen werken aan het verbeteren van de patiëntveiligheidscultuur. De SCOPE vragenlijst is gevalideerd voor de volgende beroepsgroepen:

- Mondzorg (Tandartsen & mondhygiënist)
- Oefentherapie
- Fysiotherapie
- Diëtetiek
- Verloskunde
- Huidtherapie
- Logopedie
- Ergotherapie
- Anticoagulantia therapie
- Huisartsenpraktijken (eigen vragenlijst)

Er zijn twee versies van de SCOPE vragenlijst, één specifiek voor huisartsen (Zwart, 2011) en één voor de andere eerstelijns beroepsgroepen die hierboven genoemd zijn (Verbakel, 2013). Beide vragenlijsten staan in deze handleiding en worden besproken.

De handleiding en de vragenlijsten zijn geschikt voor zowel grote (> 8 medewerkers) als kleine praktijken (< 8 medewerkers). Minimaal moet een praktijk uit twee mensen bestaan omdat er anders geen sprake is van een (gedeelde) veiligheidscultuur. Voor de kleine praktijken zijn wel een aantal aandachtspunten. Deze worden beschreven in paragraaf 2.1.

Alhoewel deze handleiding niet primair geschreven is voor solisten (eenmanspraktijken) kunnen zij met aantal aanpassingen wel gebruik maken van deze handleiding. Hierop wordt terug gekomen in paragraaf 2.1.2.

2.1. Kleine(re) praktijken (<8 medewerkers)

De handleiding is ook geschikt voor de kleine(re) praktijken. Een kenmerk van een kleine praktijk is dat de organisatiestructuur vaak plat is en de lijnen kort. Bij kleine praktijken is er meestal geen manager en de besluitvorming is snel en simpel.

De vragenlijst kan ook in de kleine praktijken goed gebruikt worden om de cultuur te meten. In de workshop is het goed om vooraf goed te kijken of deze geheel aansluit bij de organisatie en eventueel daar waar nodig aan te passen. Het doel is de eigen cultuur te verbeteren en het is niet nodig om dit groter en ingewikkelder te maken dan nodig is.

Toch is het wel belangrijk om het onderwerp formeel te bespreken, met andere woorden er samen echt de tijd voor nemen. Patiëntveiligheid is zeker een onderwerp dat ook in kleine organisaties speelt en waar aandacht aan moet worden besteed. Door de cultuur te meten en er gezamenlijk in een formeel overleg over te spreken komen vaak zaken naar boven die in een kort informeel overleg niet besproken worden. Te denken valt aan het omgaan met elkaar, zeg je het elkaar als je denkt dat een ander niet veilig werkt? Maar ook hoe een ieder om gaat met werkdruk en werkstress. Waarschijnlijk zal een bespreking van de cultuur en het opstellen van een concreet actieplan om de cultuur te verbeteren wel minder tijd in beslag nemen dan bij een grote organisatie.

2.1.1. Anonimiteit

De vragenlijst kan anoniem worden ingevuld door de medewerkers. Echter, hoe kleiner het aantal medewerkers hoe moeilijker het is om de anonimiteit te waarborgen. In kleine praktijken kent iedereen elkaar goed en weet men meestal wel van elkaar hoe iemand denkt en reageert. Ook al staat er geen naam op de ingevulde vragenlijst, vaak is aan de hand van de antwoorden wel duidelijk wie de vragenlijst heeft ingevuld. Het is belangrijk vooraf hier vooraf duidelijk over te zijn. Vertel de medewerkers dat de anonimiteit niet gewaarborgd is. Wees duidelijk in het doel van de vragenlijst en wat er met de antwoorden wordt gedaan. Vertel dat men niet wordt beoordeeld en afgerekend op de antwoorden maar dat het bedoeld is om samen te werken aan een betere veiligheidscultuur.

Als vooraf al duidelijk is dat de medewerkers zich niet veilig genoeg voelen om eerlijke antwoorden te geven dan is het afnemen van de vragenlijst niet zinvol. De uitkomsten zijn dan niet betrouwbaar en het effect van de workshop zal ook niet groot zijn. Er zal dan eerst gewerkt moeten worden aan het vergroten van het vertrouwen van de medewerkers.

2.1.2. Solisten

Zoals beschreven is de vragenlijst en daarmee de workshop bedoeld voor praktijk met minimaal 2 mensen. Dit betekent niet dat solisten er geen gebruik van kunnen maken. Door het vormen van collegiale groepen, bijvoorbeeld bij intercollegiaal overleg, studiegroepen, toetsingsgroepen enzovoort kunnen solisten op een aangepaste wijze ook aan de slag met hun patiëntveiligheidscultuur. Overigens is dit ook een optie voor de hele kleine praktijken. De vragenlijsten worden ingevuld door de medewerkers van de praktijken die deelnemen aan de groep en vervolgens wordt de workshop in deze groep gehouden. Dit geeft de mogelijkheid om gezamenlijk te leren over patiëntveiligheid, te reflecteren over de eigen SCOPE resultaten en gezamenlijk te brainstormen over verbeteringen. Iedereen kan onderwerpen inbrengen en er vervolgens uit halen wat interessant is. Ook hier is het belangrijk om vooraf afspraken te maken over anonimiteit en hoe hiermee om te gaan.

3. Hoe kan de handleiding gebruikt worden

Het SCOPE Verbeterinstrument bestaat uit twee onderdelen, een vragenlijst en een workshop. De vragenlijst wordt eerst ingevuld en vervolgens worden de resultaten besproken in de workshop. Hieronder wordt in een stappenplan kort de werkwijze beschreven.

Stap 1 Zet de SCOPE vragenlijst uit onder de medewerkers van de praktijk

- Kies de juiste versie van de vragenlijst (zie 5.2 en 5.3)
- Maak een keuze om de vragenlijst op papier af te nemen of digitaal (zie 5.1)
- Maak een keuze of de vragenlijst anoniem is of niet en of de achtergrondvragen wel of niet ingevuld moeten worden (zie 2.1.1 en 5.1)

- Vertel bij het verspreiden van de vragenlijst waarom de medewerkers deze vragenlijst moeten invullen, hoeveel tijd ze hiervoor krijgen en of dit anoniem kan of niet (zie 2.1)

Stap 2 Plan de workshop

- Kies een dag en tijdstip dat iedereen aanwezig kan zijn (de workshop duurt zo'n 3 uur)
- Plan de workshop op een rustig tijdstip (zodat er niet gestoord kan worden) en zorg (indien mogelijk) ervoor dat het antwoordapparaat op de telefoon staat en de praktijk gesloten is
- Zorg eventueel voor een lunch of diner voorafgaand of na de workshop (dit kan helpen om het teamgevoel te versterken)

Stap 3 Verwerk de antwoorden van de vragenlijsten

Digitale vragenlijst:

- Download de feedback rapportage op de website van de NPA (zie 5.4)

Papieren vragenlijst:

- Verwerk de antwoorden en bereken de resultaten (zie 5.4)

Stap 4 Bereidt de workshop voor

- Zorg ervoor dat de workshop gegeven wordt door iemand die enige kennis van en affiniteit heeft met kwaliteit en veiligheid heeft en tijd om de workshop voor te bereiden
- Neem de workshop goed door en pas dia's aan waar nodig (zie 6.2)
- Zet de resultaten van de SCOPE vragenlijst in de dia's (zie 5.4 en 6.2)
- Print de juiste vignetten van de MaPSaF uit voor de discussies tijdens de workshop (zie 6.2 en bijlage 2, 3)
- Print het format voor het actieplan uit (bijlage 4)

Stap 5 Voer de workshop uit

- Zorg voor een prettige sfeer zodat iedereen zich op zijn gemak voelt om eigen ervaringen te bespreken
- Eindig de workshop met een actieplan. Ook als de discussie nog niet concreet genoeg is geworden, probeer dan stappen te bedenken om de besproken punten concreet te krijgen (bijlage 4)

Stap 6 **Evalueer de workshop**

- Vraag aan de deelnemers hoe ze de workshop vonden. Was het duidelijk waarover de workshop ging, voelde men zich veilig genoeg om zijn mening te geven?. Kan iedereen zich vinden in het actieplan?
- Vraag ook naar andere thema's waar behoefte aan is om over te spreken

Stap 7 **Monitor het actieplan**

- Kom op een later tijdstip, bijvoorbeeld tijdens de lunch of een volgend overleg nog eens terug op de workshop
- Zijn de afgesproken activiteiten uitgevoerd? Waarom niet (helemaal)?
- Zijn er nieuwe actiepunten bijgekomen?

4. Extra informatie

Over patiëntveiligheid en patiëntveiligheidscultuur is veel geschreven. Ook zijn er handige websites die veel informatie geven en praktijken kunnen helpen om aan de slag te gaan met verbetering van de patiëntveiligheid.

Op de website van ZorgvoorVeilig is de module 'Veilig Incidenten Melden' te vinden. Daarin staat duidelijk en concreet beschreven hoe binnen de praktijk het melden van incidenten opgezet kan worden.

Boeken / artikelen over patiëntveiligheid:

- Leistikow, IP., Ridder, K. den, Vries, B. de. Patiëntveiligheid. Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie. ISBN: 978 90 352 3079 8. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2009.
- Ridder, K. den, Tuitert, Y. van der, Bon, A. van. Patiëntveiligheid voor verpleegkundigen. ISBN: 978 90 352 3211 2. Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam 2010.
- Schaaf, T.W. van der. PRISMA: incidenten-rapportage en – analyse door operators, TU Eindhoven.
- Wollersheim, H., Bakker, P.J.M., Bijnen, AB., Gouma, DJ., Wager, C., Weijden, T. van der, Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg. ISBN: 978 90 313 8235 4. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2011.

Websites:

www.zorgvoorveilig.nl (website specifiek voor de eerste lijn)

www.veiligezorgiederszorg.nl

www.mijnzorgveilig.nl

Deel A

SCOPE vragenlijst

5.1 Uitleg gebruik SCOPE vragenlijst

De SCOPE vragenlijst is een zelfbeoordelingsinstrument voor de patiëntveiligheidscultuur binnen de eerstelijns praktijk. SCOPE staat voor Systematisch Cultuur Onderzoek Patiëntveiligheid Eerstelijns. Met deze vragenlijst kun je binnen je eigen praktijk de veiligheidscultuur meten. Omdat het de bedoeling is dat met de vragenlijst een indruk wordt gekregen van de cultuur van de hele praktijk is het belangrijk dat alle medewerkers de vragenlijst invullen.

Hoe ziet de vragenlijst eruit?

Er zijn twee verschillende vragenlijsten. De SCOPE vragenlijst voor huisartspraktijken bestaat uit 43 vragen verdeeld over 8 thema's (dimensies) van een veiligheidscultuur. De SCOPE vragenlijst voor de andere eerstelijns praktijken heeft 41 vragen verdeeld over 7 thema's. In § 5.4 wordt uitgelegd welke thema's gemeten worden en hoe de vragen verdeeld zijn over de verschillende thema's.

Naast bovengenoemde vragen die specifiek de cultuur meten worden er ook twee vragen gesteld over het melden van incidenten en wat het algemene oordeel is van de medewerker over de aandacht voor patiëntveiligheid binnen de praktijk. En tot slot zijn er enkele achtergrondvragen. Die gaan over geslacht, leeftijd, functie, aantal dienstjaren. Vooral bij grote praktijken is het interessant om te kijken of er verschillen in de antwoorden zitten tussen de ene functie en de andere functie. In kleine praktijken kunnen achtergrondvragen ervoor zorgen dat de antwoorden herleidbaar zijn naar de invuller. Bij de kleine praktijken is het daarom verstandig vooraf na te denken of je deze vragen wel of niet gaat stellen. Het is mogelijk de achtergrondvragen weg te laten.

Antwoordmogelijkheden

Bij de cultuurvragen zijn er twee antwoordmogelijkheden, de instemmingsschaal en de frequentieschaal. Op de instemmingsschaal geeft de medewerker aan in hoeverre hij/zij het eens is met de vraag. Er zijn vijf mogelijkheden variërend van zeer mee eens tot zeer mee oneens.

1. zeer mee oneens
2. mee oneens
3. geen van beide
4. mee eens
5. zeer mee eens

De frequentieschaal geeft aan hoe vaak iets voor komt. Dit kan variëren van nooit tot altijd. Ook bij deze schaal zijn er vijf keuzemogelijkheden.

1. nooit
2. zelden
3. soms
4. meestal
5. altijd.

Niet van toepassing

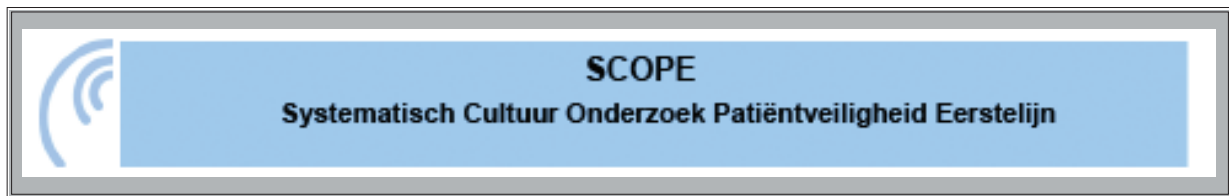
Bij een aantal vragen is er de mogelijkheid te kiezen voor '**niet van toepassing**'. Geadviseerd wordt om de medewerkers te informeren deze optie zo min mogelijk te gebruiken. Alleen als het niet anders kan en de situatie echt niet van toepassing is. De 'n.v.t.-optie' levert namelijk geen bruikbare informatie op over de cultuur binnen de praktijk. De 'n.v.t.' antwoorden worden ook niet meegenomen in de berekening van de score op een thema. Als er te vaak n.v.t. wordt gescoord kan er geen score worden berekend.

Papier of digitaal

De vragenlijst kan digitaal worden ingevuld of op papier. De digitale versie is te koop op de website (www.praktijkaccreditering.nl) van de Nederlandse Praktijk Accreditatie® (NPA). Het voordeel van de digitale versie is dat de resultaten automatisch worden berekend en er een feedbackrapportage gedownload kan worden met de resultaten. Een ander voordeel is dat de gegevens worden bewaard. Als binnen jouw praktijk na een jaar opnieuw de vragenlijst wordt ingevuld worden beide resultaten verwerkt in één rapportage. Je kunt dan gelijk zien waar eventuele verbeteringen of veranderingen zitten. Het advies voor de grote praktijken is om gebruik te maken van de digitale vragenlijst van de NPA®. Dit scheelt erg veel werk en tijd.

Als er voorkeur is voor de papieren versie dan kan onderstaande vragenlijst uitgeprint worden en onder de medewerkers uitgedeeld. De resultaten moeten dan zelf berekend worden. Hoe dit gedaan moet worden, wordt uitgelegd in § 5.4.

5.2 SCOPE vragenlijst - eerstelijns praktijken -



In deze vragenlijst wordt uw mening gevraagd over onderwerpen op het gebied van patiëntveiligheid, onbedoelde gebeurtenissen, fouten en het melden van incidenten in uw praktijk. Het invullen zal circa 10 tot 15 minuten in beslag nemen.

De vragenlijst bestaat vooral uit stellingen waarop geantwoord kan worden in hoeverre u het er mee eens bent, of hoe vaak het voorkomt in uw werk. Bij sommige vragen is de optie om 'niet van toepassing' in te vullen. Gebruik deze optie alleen als het echt niet van toepassing is.

- Een **incident** wordt gedefinieerd als: een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.
- Onder **onbedoelde gebeurtenis** wordt hier mede begrepen: (om het even welk soort) vergissing, fout, ongeval/ongeluk of afwijking.
- **Patiëntveiligheid** wordt gedefinieerd als: het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.
- **Praktijk** wordt gedefinieerd als de organisatie waarin u werkzaam bent. Dit kan een kleine praktijk zijn maar ook een groepspraktijk waarin meer disciplines samenwerken. Als u in een praktijk werkt met meer disciplines is het belangrijk dat u vooraf nadenkt en afspreekt wat de reikwijdte van de vragenlijst is. Gaat u de vragenlijst invullen voor uw "praktijk" binnen de groepspraktijk of ziet u de groepspraktijk als één praktijk en vult u de vragenlijst met alle disciplines in?
- Met **zorgverleners** worden diegene bedoeld die de direct zorg verlenen aan patiënten. Met **medewerkers** worden alle personen bedoeld die werkzaam zijn in de praktijk. U krijgt het beste beeld van uw praktijk als de vragenlijst door iedereen wordt ingevuld.
- **Discipline** wordt gedefinieerd als alle zorgverleners binnen hetzelfde vakgebied, bijvoorbeeld oefen-therapeuten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, tandartsen, verloskundigen enzovoort.

A. Uw praktijk

Geef aan in welke mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw praktijk.
Geef uw antwoord door per stelling één antwoord aan te kruisen.

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens	N.v.t.
1. Medewerkers steunen elkaar in deze praktijk	①	②	③	④	⑤	
2. We hebben genoeg medewerkers om de werklust aan te kunnen	①	②	③	④	⑤	
3. Wanneer er veel werk snel verricht moet worden, werken we als een team samen om het werk af te krijgen	①	②	③	④	⑤	
4. In deze praktijk behandelen medewerkers elkaar met respect	①	②	③	④	⑤	
5. Dat ernstige fouten hier niet (vaker) gebeuren berust eigenlijk op toeval	①	②	③	④	⑤	
6. Wij zijn actief bezig met het verbeteren van patiëntveiligheid	①	②	③	④	⑤	
7. We gebruiken meer uitzend-/invalkrachten dan goed is voor de patiëntenzorg	①	②	③	④	⑤	
8. Medewerkers hebben het gevoel, dat hun fouten tegen hen worden gebruikt	①	②	③	④	⑤	
9. Fouten hebben hier tot positieve veranderingen geleid	①	②	③	④	⑤	

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens	N.v.t.
10. In deze praktijk maken wij langere werktijden dan goed is voor de patiëntenzorg	①	②	③	④	⑤	
11. Als iemand in de praktijk heel druk is, helpen anderen mee	①	②	③	④	⑤	⑨
12. Wanneer een incident wordt gemeld, voelt het alsof de aandacht naar de melder gaat en niet naar het probleem	①	②	③	④	⑤	
13. We werken altijd onder erg hoge druk: we proberen te veel te snel te doen	①	②	③	④	⑤	
14. Medewerkers vrezen dat de fouten die zij maken in hun personeelsdossier worden bijgehouden	①	②	③	④	⑤	
15. We hebben problemen met de patiëntveiligheid in onze praktijk	①	②	③	④	⑤	
16. Onze procedures en werkwijzen zijn adequaat om vergissingen te voorkomen	①	②	③	④	⑤	

B. De dagelijkse leidinggevende

Heeft u een leidinggevende?

- JA, ik heb een leidinggevende
- NEE, ik heb geen leidinggevende

JA: ga door naar onderstaande vragen

NEE: ga door naar volgende hoofdstuk: Communicatie

Geef aan in welke mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over de directe leidinggevende. Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te klikken.

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens
1. De leidinggevende geeft een compliment als hij/zij ziet dat werkzaamheden volgens de vastgestelde patiëntveiligheid procedures worden verricht	①	②	③	④	⑤
2. De leidinggevende neemt suggesties van medewerkers met betrekking tot patiëntveiligheid serieus in overweging	①	②	③	④	⑤
3. Telkens wanneer de druk toeneemt, wil de leidinggevende dat wij harder werken, zelfs als dit er toe leidt dat we stappen in procedures overslaan	①	②	③	④	⑤
4. De leidinggevende ziet problemen die zich keer op keer voordoen over het hoofd	①	②	③	④	⑤
5. De leidinggevende zorgt voor een werkklimaat waarin patiëntveiligheid gestimuleerd wordt	①	②	③	④	⑤
6. Uit de activiteiten die de leidinggevende verricht blijkt dat patiëntveiligheid hoge prioriteit heeft	①	②	③	④	⑤
7. De leidinggevende lijkt alleen geïnteresseerd in patiëntveiligheid als zich een incident met schadelijk gevolg heeft voorgedaan	①	②	③	④	⑤



C. Communicatie

Hoe vaak komen de volgende gevallen in uw praktijk voor?

Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te klikken.

	Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd
1. We worden geïnformeerd over veranderingen die zijn ingevoerd op basis van gemelde incidenten	①	②	③	④	⑤
2. Medewerkers voelen zich vrij om te spreken als zij iets zien dat mogelijk een negatief effect heeft op de patiëntenzorg	①	②	③	④	⑤
3. We worden geïnformeerd over vergissingen die in deze praktijk voorkomen	①	②	③	④	⑤
4. Medewerkers voelen zich vrij om beslissingen of acties van collega's met meer bevoegdheden ter discussie te stellen	①	②	③	④	⑤
5. In deze praktijk bespreken we mogelijkheden om te voorkomen dat vergissingen zich herhalen	①	②	③	④	⑤
6. Zorgverleners bespreken voorgekomen fouten/incidenten onderling	①	②	③	④	⑤
7. Zorgverleners bespreken voorgekomen fouten/incidenten samen met de andere disciplines	①	②	③	④	⑤
8. Over een eigen melding wordt persoonlijk feedback gegeven	①	②	③	④	⑤

D. Bespreken en melden van incidenten

Dit hoofdstuk gaat over het melden van incidenten in uw praktijk.

1. Worden incidenten/vergingen op een enigerlei wijze (informeel of formeel) besproken in uw praktijk?

- JA,
- NEE.

Als u in uw praktijk een incident meemaakt, hoe vaak meldt u ze dan op *enigerlei wijze* binnen de praktijk? Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te klikken.

	Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd
1. Als een vergissing wordt gemaakt, maar wordt <i>ontdekt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt heeft bereikt</i> , hoe vaak meldt u dit?	①	②	③	④	⑤
2. Als een vergissing wordt gemaakt, die <i>niet tot schade aan de patiënt kan leiden</i> , hoe vaak meldt u dit?	①	②	③	④	⑤
3. Als een vergissing wordt gemaakt, <i>die de patiënt had kunnen schaden, maar niet geschaad heeft</i> , hoe vaak meldt u dit?	①	②	③	④	⑤

2. Worden gemelde incidenten structureel besproken in een (werk)overleg? Met structureel wordt bedoeld dat het een vast agendapunt van het (werk)overleg is.

- JA, incidenten worden structureel besproken in een (werk)overleg
- NEE, incidenten worden niet structureel besproken in een (werk)overleg

3. Heeft u een meldprocedure voor incidenten in uw praktijk?

- JA, wij hebben een meldprocedure
- NEE, wij hebben geen meldprocedure

JA: ga door naar vraag 4

NEE: ga door naar volgende hoofdstuk: Waardering voor patiëntveiligheid

4. Uitgaande van de laatste 12 maanden, hoe vaak heeft u een meldingsformulier voor incidenten (bijvoorbeeld een MIP/FONA/VIM-formulier) ingevuld en ingediend? Geef één antwoord.

..... Meldingsformulieren (vul aantal in). Als u de laatste 12 maanden geen meldingsformulier heeft ingevuld dan vult u hier 0 in.

E. Waardering voor patiëntveiligheid

Geef uw praktijk een beoordeling voor patiëntveiligheid. Geef één antwoord.

- Slecht
- Matig
- Acceptabel
- Goed
- Uitstekend

F. Samenwerking

Geef aan in welk mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw praktijk. Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te klikken.

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens	N.v.t.
1. Problemen ontstaan vaak bij de uitwisseling van informatie tussen disciplines in de praktijk	①	②	③	④	⑤	⑨
2. Het feit dat patiënten bij verschillende zorgverleners in onze praktijk terecht kunnen, zorgt voor problemen	①	②	③	④	⑤	⑨
3. De verschillende disciplines in de praktijk waar wij mee samenwerken stemmen onderling niet goed af	①	②	③	④	⑤	⑨
4. In deze praktijk is een goede overdracht tussen de zorgverleners onderling	①	②	③	④	⑤	⑨
5. In deze praktijk is een goede overdracht tussen de ondersteunende medewerkers onderling	①	②	③	④	⑤	⑨
6. Er vallen zaken "tussen wal en schip" als patiënten van de ene naar de andere discipline binnen de praktijk worden gestuurd	①	②	③	④	⑤	⑨
7. Belangrijke informatie over patiënten gaat vaak verloren doordat patiënten verschillende zorgverleners zien	①	②	③	④	⑤	⑨

Achtergrond informatie

Deze informatie helpt ons bij de analyse van de resultaten. Geef per vraag één antwoord.

- Wat is uw functie/discipline in deze praktijk? Geef één antwoord dat uw dagelijkse bezigheden **het beste omschrijft**?
 - administratief medewerker/secretaresse
 - diëtist
 - doktersassistente
 - huisarts
 - basisarts
 - physician assistant/nurse practitioner
 - praktijkondersteuner
 - praktijkverpleegkundige
 - SPV-er
 - wijkverpleegkundige
 - logistiek medewerker
 - verloskundige
 - fysiotherapeut
 - oefentherapeut
 - huid-en oedeemtherapeut
 - ergotherapeut
 - logopedist
 - tandartsassistent
 - tandarts
 - mondhygiënist
 - psycholoog
 - maatschappelijk werker
 - anders, specificeer aub:
- Hoeveel werkervaring heeft u in uw huidige functie/discipline? aantal jaren
- Hoe lang werkt u in deze praktijk? aantal jaren

4. Hoeveel **uren per week** werkt u doorgaans in deze praktijk? aantal uur per week
5. Wat is de organisatiestructuur in deze praktijk?
- Solo-praktijk
 - Duo-praktijk
 - Groepspraktijk
 - Andere vorm, specificeer aub:
6. a. Hoeveel disciplines zijn er werkzaam in deze praktijk? disciplines
- b. Geef hieronder aan **welke** disciplines
- administratief medewerker/secretaresse
 - diëtist
 - doktersassistente
 - huisarts
 - basisarts
 - physician assistant/nurse practitioner
 - praktijkondersteuner
 - praktijkverpleegkundige
 - SPV-er
 - wijkverpleegkundige
 - logistiek medewerker
 - verloskundige
 - fysiotherapeut
 - oefentherapeut
 - huid-en oedeemtherapeut
 - ergotherapeut
 - logopedist
 - tandartsassistent
 - tandarts
 - mondhygiënist
 - psycholoog
 - maatschappelijk werker
 - anders, specificeer aub:
7. Hoe zijn patiënten in deze praktijk ingeschreven?
- op naam van 1 zorgverlener
 - op naam van de praktijk
 - ik weet het niet
8. Hoe is de leiding/directie geregeld in deze praktijk?
- Zorgverlener(s) is/zijn tevens leiding/directie
 - Een aantal zorgverlener(s) is tevens leiding/directie, een aantal zorgverlener(s) is/zijn in loondienst
 - Zorgverlener(s) is/zijn in loondienst, er is een aparte leiding/directie.
 - Anders, specificeer aub:
9. Behoort u tot de leiding/directie?
- JA, ik ben zelf (onderdeel van) de leiding/directie.
 - JA, ik ben zelf (onderdeel van) de leiding/directie en ik ontvang ook leiding.
 - NEE, ik ben zelf geen (onderdeel van) de leiding/directie.
10. Uitgaande van uw functie in deze praktijk, heeft u doorgaans directe interactie of contact met patiënten?
- JA, doorgaans heb ik WEL directe interactie of contact met patiënten.
 - NEE, doorgaans heb ik GEEN directe interactie of contact met patiënten.
11. Wat is uw geslacht?
- Man
 - Vrouw
12. Wat is uw geboortjaar?
- jaar

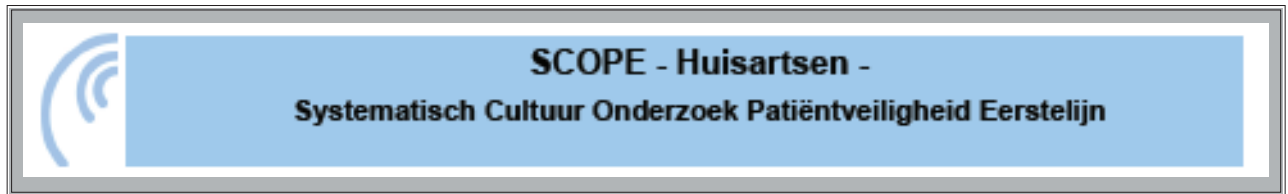
13. Wat is de postcode van de praktijk?

--	--	--	--	--	--

Uw opmerkingen

Hieronder (of bij onvoldoende ruimte op de achterzijde) kunt u uw opmerkingen kwijt over patiëntveiligheid, incidenten of over het melden van incidenten in uw praktijk.

5.3 SCOPE vragenlijst -huisartsenpraktijk-



INLEIDING

In deze vragenlijst wordt uw mening gevraagd over onderwerpen op het gebied van patiëntveiligheid, onbedoelde gebeurtenissen, fouten en het melden van incidenten in uw huisartsenpraktijk. Het invullen zal circa 10 tot 15 minuten in beslag nemen.

Deze vragenlijst is bedoeld voor huisartsenpraktijken waarin structureel met meerdere disciplines wordt samengewerkt.

- Een **incident** wordt gedefinieerd als: een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.
- Onder **onbedoelde gebeurtenis** wordt hier mede begrepen: (om het even welk soort) vergissing, fout, ongeval/ongeluk of afwijking.
- **Patiëntveiligheid** wordt gedefinieerd als: het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.

HOOFDSTUK A: uw praktijk

Geef aan in welke mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw praktijk.
Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te kruisen.

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens
1. Mensen steunen elkaar in deze praktijk	①	②	③	④	⑤
2. We hebben genoeg mensen om de werklust aan te kunnen	①	②	③	④	⑤
3. Wanneer er veel werk snel verricht moet worden, werken we als een team samen om het werk af te krijgen	①	②	③	④	⑤
4. In deze praktijk behandelen mensen elkaar met respect	①	②	③	④	⑤
5. Dat de ernstiger fouten hier niet (vaker) gebeuren berust eigenlijk op toeval	①	②	③	④	⑤
6. Wij zijn actief bezig met het verbeteren van patiëntveiligheid	①	②	③	④	⑤
7. We gebruiken meer uitzend-/invalkrachten dan goed is voor de	①	②	③	④	⑤
8. Medewerkers hebben het gevoel, dat hun fouten tegen hen worden gebruikt	①	②	③	④	⑤
9. Fouten hebben hier tot positieve veranderingen geleid	①	②	③	④	⑤

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens
10. In deze praktijk maken wij langere werktijden dan goed is voor de patiëntenzorg	①	②	③	④	⑤
11. Als het ergens in de praktijk heel druk is, helpen anderen mee	①	②	③	④	⑤
12. Wanneer een incident wordt gemeld, voelt het alsof de aandacht naar de melder gaat en niet naar het probleem	①	②	③	④	⑤
13. We werken volgens een "crisisituatie": we proberen te veel te snel te doen	①	②	③	④	⑤
14. Medewerkers vrezen dat de fouten die zij maken in hun personeelsdossier worden bijgehouden	①	②	③	④	⑤
15. We hebben problemen met de patiëntveiligheid in onze praktijk	①	②	③	④	⑤
16. Onze procedures en systemen zijn adequaat om vergissingen	①	②	③	④	⑤

HOOFDSTUK B: de dagelijkse leidinggevende

Geef aan in welk mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over de directe leidinggevende. Het kan zijn dat u zelf leidinggevende bent, ga dan verder naar hoofdstuk C: communicatie. Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te kruisen.

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens
1. De leidinggevende geeft een compliment als hij/zij ziet dat werkzaamheden volgens de vastgestelde patiëntveiligheid procedures worden verricht	①	②	③	④	⑤
2. De leidinggevende neemt suggesties van het personeel met betrekking tot patiëntveiligheid serieus in overweging	①	②	③	④	⑤
3. Telkens wanneer de druk toeneemt, wil de leidinggevende dat wij harder werken, zelfs als dit er toe leidt dat we stappen in procedures overslaan	①	②	③	④	⑤
4. De leidinggevende ziet problemen die zich keer op keer voordoen over het hoofd	①	②	③	④	⑤
5. De leidinggevende zorgt voor een werkklimaat waarin patiëntveiligheid gestimuleerd wordt	①	②	③	④	⑤
6. Uit de activiteiten die de leidinggevende verricht blijkt dat patiëntveiligheid topprioriteit heeft	①	②	③	④	⑤
7. De leidinggevende lijkt alleen geïnteresseerd in patiëntveiligheid als zich een incident met schadelijk gevolg heeft voorgedaan	①	②	③	④	⑤

HOOFDSTUK C: communicatie

Hoe vaak komen de volgende gevallen in uw praktijk voor?

Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te kruisen.

	Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd
1. Als er veranderingen ten gevolge van het melden van incidenten zijn ingevoerd, krijgen wij hierover informatie	①	②	③	④	⑤
2. Medewerkers voelen zich vrij om te spreken als zij iets zien dat mogelijk een negatief effect heeft op de patiëntenzorg	①	②	③	④	⑤
3. We worden geïnformeerd over vergissingen die in deze praktijk voorkomen	①	②	③	④	⑤
4. Medewerkers voelen zich vrij om beslissingen of acties van personen met meer bevoegdheden ter discussie te stellen	①	②	③	④	⑤
5. In deze praktijk bespreken we mogelijkheden om te voorkomen dat vergissingen zich herhalen	①	②	③	④	⑤
6. Medewerkers zijn bang om iets wat niet juist lijkt aan de orde te stellen	①	②	③	④	⑤
7. Huisartsen bespreken onderling voorgekomen fouten/incidenten	①	②	③	④	⑤
8. Huisartsen bespreken samen met de andere disciplines voorgekomen fouten/incidenten	①	②	③	④	⑤
9. Over een eigen melding wordt persoonlijk feedback gegeven	①	②	③	④	⑤

HOOFDSTUK D: melding van incidenten

Als u in uw praktijk een incident meemaakt, meldt u dit dan op enigerlei wijze?

- JA, ik meld dit
 NEE, ik meld dit niet

Indien u met **ja** antwoordde, ga dan door naar de volgende vragen.

Indien u met **nee** antwoordde, ga dan door naar Hoofdstuk E: gemeld aantal incidenten.

Als u in uw praktijk een incident meemaakt, hoe vaak meldt u ze dan op enigerlei wijze binnen de praktijk? Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te kruisen.

	Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd
1. Als een vergissing wordt gemaakt, maar wordt <i>ontdekt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt heeft bereikt</i> , hoe vaak meldt u dit?	①	②	③	④	⑤
2. Als een vergissing wordt gemaakt, die <i>niet tot schade aan de patiënt kan leiden</i> , hoe vaak meldt u dit?	①	②	③	④	⑤
3. Als een vergissing wordt gemaakt, <i>die de patiënt had kunnen schaden, maar niet geschaad heeft</i> , hoe vaak meldt u dit?	①	②	③	④	⑤



HOOFDSTUK E: gemeld aantal incidenten

Uitgaande van de laatste 12 maanden, hoe vaak heeft u een meldingsformulier voor incidenten (bijvoorbeeld een MIP/FONA/VIM-formulier) ingevuld en ingediend? Geef één antwoord.

- geen meldingsformulier
 1 tot 2 meldingsformulieren
 3 tot 5 meldingsformulieren
 6 tot 10 meldingsformulieren
 11 tot 20 meldingsformulieren
 21 of meer meldingsformulieren

HOOFDSTUK F: waardering voor patiëntveiligheid

Geef uw praktijk een beoordeling voor patiëntveiligheid. Geef één antwoord.

- Slecht Matig Acceptabel Goed Uitstekend

HOOFDSTUK G: samenwerking

Geef aan in welk mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw praktijk. Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te kruisen.

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens
1. Problemen ontstaan vaak bij de uitwisseling van informatie tussen disciplines in de praktijk	①	②	③	④	⑤
2. Het feit dat patiënten bij verschillende huisartsen in onze praktijk terecht kunnen, zorgt voor problemen	①	②	③	④	⑤
3. De verschillende disciplines in de praktijk stemmen onderling niet goed af	①	②	③	④	⑤
4. In deze praktijk is een goede overdracht tussen de huisartsen onderling	①	②	③	④	⑤
5. In deze praktijk is een goede overdracht tussen de doktersassistenten onderling	①	②	③	④	⑤
6. Disciplines werken goed samen om patiënten de beste zorg te verlenen	①	②	③	④	⑤
7. Er vallen zaken "tussen wal en schip" als patiënten van de ene naar de andere discipline binnen de praktijk worden gestuurd	①	②	③	④	⑤
8. Belangrijke informatie over patiënten gaat vaak verloren doordat patiënten verschillende huisartsen zien	①	②	③	④	⑤

HOOFDSTUK H: achtergrond informatie

Deze informatie helpt ons bij de analyse van de interviewresultaten. Geef per vraag één antwoord.

1. Hoe lang werkt u in deze praktijk? aantal jaren
2. Hoe lang werkt u in deze praktijk in uw *huidige functie/discipline*? aantal jaren
3. Hoeveel *uren* per week werkt u doorgaans in deze praktijk? aantal uur per week
4. Wat is de organisatiestructuur in deze praktijk?
 - Gezondheidscentrum
 - HOED
 - AHOED
 - ELC (eerstelijnscentrum)
 - Duo-praktijk
 - Solist
 - Anders, specificeer aub:
5. Hoe zijn patiënten in deze praktijk ingeschreven?
 - op naam van 1 huisarts
 - op naam van praktijk
 - weet niet
6. Hoe is de leiding/directie geregeld in deze praktijk?
 - Huisarts(en) is/zijn tevens leiding/directie
 - Huisarts(en) is/zijn in loondienst, er is een aparte leiding/directie.
 - Een aantal huisartsen is tevens leiding/directie, een aantal huisartsen is in loondienst
 - Anders, specificeer aub:
7. Behoort u tot de leiding/directie?
 - JA, ik ben zelf (onderdeel van) de leiding/directie.
 - NEE, ik ben zelf geen (onderdeel van) de leiding/directie.
8. Wat is uw functie/discipline in deze praktijk? Geef één antwoord dat uw dagelijkse bezigheden het beste omschrijft.
 - huisarts
 - HIDHA
 - waarnemend huisarts
 - arts in opleiding tot specialist
 - ander medisch specialist
 - doktersassistente
 - doktersassistente in opleiding
 - praktijkondersteuner
 - physician assistant/nurse practitioner
 - SPV-er
 - maatschappelijk werker
 - psycholoog
 - fysiotherapeut
 - apotheker
 - wijkverpleegkundige
 - directeur
 - administratief medewerker/secretaresse
 - anders, specificeer aub:
9. Uitgaande van uw functie in deze praktijk, heeft u doorgaans directe interactie of contact met patiënten?
 - JA, doorgaans heb ik WEL directe interactie of contact met patiënten.
 - NEE, doorgaans heb ik GEEN directe interactie of contact met patiënten.



HOOFDSTUK I: uw opmerkingen

Hieronder (of bij onvoldoende ruimte op de achterzijde) kunt u uw opmerkingen kwijt over patiëntveiligheid, incidenten of over het melden van incidenten in uw praktijk.

5.4 Verwerking van de vragenlijsten

Beschrijving van de thema's

In tabel 1 en 2 worden de verschillende thema's (dimensies) van de veiligheidscultuur van beide vragenlijsten beschreven. Achter elk thema wordt aangegeven welke vragen onder dit thema vallen. De letter geeft aan in welk hoofdstuk en het cijfer welke vraag het is. Als er een 'n' achter de code staat betekent dit dat de vraag negatief geformuleerd is, bij de berekening van de gemiddelde score per thema moet hier rekening mee gehouden worden.

Tabel 1 Verdeling vragen over de thema's van de SCOPE eerstelijns praktijken

Thema's	Vragen
1 Communicatie over en leren van incidenten	C1; C2; C3; C4; C5; C6; C8; B4n
2 Overdracht en samenwerking	F1n; F2n; F3n; F4; F5; F6n; F7n
3 Adequate procedures en werkomstandigheden	A5n; A7n; A8n; A10n; A12n; A13n; A14n; A15n; B3n
4 Patiëntveiligheidsmanagement	B1; B2; B5; B6; B7n
5 Steun en collegialiteit	A1; A2; A3; A4; A11
6 Meldingsbereidheid	D2; D3; D4
7 Lerende organisatie	A6; A9; A16

Tabel 2 Verdeling vragen over de thema's van de SCOPE huisartsenpraktijk

Thema's	Vragen
1 Overdracht en samenwerking	G1n; G2n; G3n; G4; G5; G6; G7n; G8n
2 Steun en collegialiteit	A1; A3; A4; A9; A11
3 Open communicatie over incidenten	A8n; A12n; A14n; C2; C4; C6n
4 Feedback en leren van incidenten	C1; C3; C5; C7; C8; C9;
5 Meldingsbereidheid	D1; D2; D3
6 Adequate procedures en personele bezetting	A2; A5n; A7n; A10n; A13n; A15n; A16
7 Algemeen veiligheidsmanagement	A6; B5; B6; B7n
8 Verwachtingen en acties van leidinggevenden	B1; B2; B3n; B4n

Digitale versie

Als de SCOPE vragenlijst via de NPA (Nederlandse Praktijk Accreditatie®) is gebruikt dan kan een kant en klaar rapport worden gedownload met de uitslagen.

Papieren versie

Bij gebruik van de papieren vragenlijst moeten de vragenlijsten zelf verwerkt worden en de scores met de hand uitgerekend. Hieronder volgt een korte instructie.

Excluderen van incomplete vragenlijsten & onduidelijke antwoorden

De eerste stap is om alle vragenlijsten te checken op volledigheid en duidelijkheid. Als er te veel vragen niet ingevuld zijn, of als bij teveel vragen het antwoord onduidelijk is moet de afweging gemaakt worden om de vragenlijst te excluderen.

Criteria voor het weglaten van een vragenlijst:

- De medewerker heeft minder dan de helft van de veiligheidsvragen ingevuld, of beantwoord met n.v.t. (verspreid over de verschillende hoofdstukken). Dit is exclusief de achtergrond vragen en de twee vragen over melden van incidenten en beoordeling patiëntveiligheid binnen eigen praktijk.
- De medewerker heeft iedere vraag hetzelfde beantwoord (bijvoorbeeld overal antwoord 5 gegeven). In dit geval heeft de medewerker de vragenlijst niet zorgvuldig ingevuld, de vragenlijst bestaat namelijk uit negatief en positief geformuleerde vragen. De antwoorden zijn daarom niet betrouwbaar.

Het kan ook voorkomen dat antwoorden niet leesbaar zijn of het bedoelde antwoord moeilijk te bepalen is. Bijvoorbeeld als een medewerker twee antwoorden heeft omcirkeld. Het is belangrijk vooraf te bepalen wat je gaat doen met dit soort antwoorden en dit vervolgens consequent toe te passen. Bij het geven van twee antwoorden kun je besluiten om de vraag niet mee te nemen in de berekening (missende waardes). Maar het is ook mogelijk om vooraf te bepalen dat de hoogste score telt en wordt meegenomen in de berekening.

Berekening van gemiddelde scores per thema

Elke vraag heeft een score van 1 tot 5, bijvoorbeeld helemaal mee oneens (=1) tot helemaal mee eens (=5). Let op, sommige vragen zijn negatief geformuleerd, deze zijn in tabel 1 aangegeven met een n achter de vraag. Deze antwoorden moet je eerst herberekenen. Dit doe je door de scores andersom te tellen.

- 5 → 1
- 4 → 2
- 3 → 3
- 2 → 4
- 1 → 5

Nadat alle negatieve vragen positief zijn gemaakt kan per vragenlijst en per thema de score worden berekend. Dit doe je door alle vragen van een thema bij elkaar op te tellen en door het aantal vragen te delen. Een gemiddelde score op een thema ligt daarom altijd tussen 1 en 5.

Om de totaalscore per thema voor de gehele praktijk te berekenen tel je van alle scores van een thema bij elkaar op en deel je door het aantal ingevulde vragenlijsten. Ook nu moet er weer een getal tussen de 1 en 5 uitkomen. Zie het kader voor een rekenvoorbeeld.

Thema 1 Communicatie over en leren van incidenten (SCOPE eerstelijnsberoepsgroepen):	
C1	→ meestal (=4)
C2	→ altijd (=5)
C3	→ meestal (=4)
C4	→ soms (=3)
C5	→ meestal (=4)
C7	→ soms (=3)
C9	→ meestal (=4)
B4n	→ mee oneens (=2 → 4)

Berekening:
 $4 + 5 + 4 + 3 + 4 + 3 + 4 + 4 = 31$. $31/8 = 3.88$.

De totaalscore voor deze individuele medewerker is **3.88**.

Om de totaalscore voor de gehele praktijk te berekenen tel je van alle ingevulde vragenlijsten de totaalscores van één thema bij elkaar op. Deze score deel je door het aantal ingevulde vragenlijsten. Er komt dan een getal tussen de 1 en 5 uit.

Missende waarden

Soms heeft een medewerker niet alle vragen ingevuld. Vragenlijsten waarvan de cultuurvragen voor minder dan 50% zijn ingevuld worden niet meegenomen in de cultuurmeting. Als regel geldt dat er per thema één vraag mag ontbreken. In de berekening van de gemiddelde score moet hier wel rekening mee gehouden worden door het totaal te delen door het aantal ingevulde antwoorden.

Als er bij een thema meer dan één vraag niet is ingevuld kan er voor die medewerker op dat thema geen score worden berekend.

Percentage positieve scores

Een andere manier om de resultaten te presenteren is het weergeven van het percentage positieve scores per thema's. Percentages zijn vaak gemakkelijker te begrijpen dan een waarde tussen de 1 en 5. Het berekenen van het percentage positieve scores gaat als volgt. Op de antwoordschalen worden de antwoorden 4 en 5 gezien als positieve scores. Deze positieve scores worden geteld en vervolgens gedeeld door het aantal vragen waaruit een thema bestaat. Zie het kader voor een rekenvoorbeeld.

Dimensie 3 Open communicatie over incidenten (SCOPE huisartsenpraktijken)

		Positief?	Berekening:
A8n	→ mee oneens (2 → 4)	Ja	4 van de 6 vragen zijn positief beantwoord dus $(4/6)*100=66.7\%$.
A12n	→ zeer mee oneens (1 → 5)	Ja	
A15n	→ geen van beide (3 → 3)	Nee	
C2	→ meestal (=4)	Ja	Het percentage positieve scores is 66.7 voor deze medewerker.
C4	→ meestal (=4)	Ja	
C6n	→ soms (3 → 3)	Nee	Om het percentage te berekenen voor de gehele praktijk tel je de individuele percentages bij elkaar op en deel je door het aantal ingevulde vragenlijsten.

Interpretatie van de resultaten

Om de resultaten van de gehele praktijk te interpreteren kan gekeken worden naar sterke en zwakke scores op de thema's. Er is gekozen om op de volgende wijze onderscheid te maken tussen sterke en zwakke thema's:

Sterk thema

We spreken van een sterk thema als meer dan 75% van de medewerkers op de vragen waaruit het thema bestaat positieve antwoorden heeft gegeven. Concreet betekent dit:

- Meer dan 75% van de respondenten instemt met de positief geformuleerde items, namelijk "(zeer) mee eens" of "meestal/altijd", én
- Meer dan 75% van de respondenten het oneens is met de negatief geformuleerde items, namelijk "(zeer) mee oneens" of "zelden/nooit".

Zwak thema

We spreken van een zwak thema als minder dan 50% van de medewerkers op vragen van de thema positieve antwoorden geeft. Dit betekent concreet:

- minder dan 50% van de respondenten instemt met de positief geformuleerde items, namelijk "(zeer) mee eens" of "meestal/altijd" invult, én
- minder dan 50% van de respondenten het oneens is met de negatief geformuleerde items (vragen gemarkeerd met een "n"), namelijk "(zeer) mee oneens" of "zelden/nooit" invult.

Het afkappunt voor zwakke thema's (50%) ligt lager dan die voor sterke thema's (75%). Als minder dan de helft van de werknemers een positieve mening heeft over een bepaald thema, kun je dat zien als een signaal. Er is dan ruimte voor verbeteringen. Een thema is pas sterk als meer dan drie kwart van de medewerkers er een positieve mening over heeft.

Uitkomstvragen

De twee vragen over het melden van incidenten en de algemene waardering over patiëntveiligheid binnen de praktijk vallen niet onder een thema. Deze twee vragen kunnen los van de thema's en elkaar berekend en gepresenteerd worden. Hieronder wordt per vraag een aantal suggesties gedaan om te gebruiken.

Uitgaande van de laatste 12 maanden, hoe vaak heeft u een meldingsformulier voor incidenten (bijvoorbeeld een MIP/FONA/VIM-formulier) ingevuld en ingediend?

Deze vraag wordt in de twee versies van de SCOPE vragenlijst verschillend beantwoord:

In de versie SCOPE eerstelijns beroepsgroepen wordt om een aantal gevraagd. Voor de presentatie kun je kiezen om het gemiddelde te nemen van alle meldingen (gemiddeld meldt iedereen 3 incidenten per jaar). Maar het is ook mogelijk om categorieën te maken (3 mensen geven tussen de 0-5 meldingen te hebben gedaan, 2 mensen tussen de 5-10). En tot slot kan per ingevulde waarde vermeld worden hoeveel mensen dit hebben ingevuld (1 persoon 0 meldingen, 3 personen 1 meldingen).

In de versie SCOPE huisartsenpraktijken is al een keuze gemaakt voor indeling in categorieën:

- geen
- 1 tot 2
- 3 tot 5
- 6 tot 10
- 11 tot 20
- meer dan 20

Geef uw praktijk een beoordeling voor patiëntveiligheid.

- Slecht
- Matig
- Acceptabel
- Goed
- Uitstekend

Bij deze vraag is het berekenen van gemiddelden niet zinvol. De uitkomsten kun je presenteren door per antwoord-categorie te benoemen hoeveel mensen het er mee eens zijn.

Deel B

Workshop

6.1 Uitleg gebruik workshop

De workshop is ontwikkeld als een middel om kennis over te dragen en als hulpmiddel om de discussie op gang te brengen. Om veranderingen in de praktijk door te voeren is belangrijk dat iedereen het over hetzelfde heeft. Daarom begint de workshop met theorie over patiëntveiligheid. Wat is patiëntveiligheid? En wat is de betekenis van de verschillende termen, zoals incidenten en veiligheidscultuur? Niet iedereen zal dezelfde betekenis geven aan deze begrippen. Door het geven van een theoretisch kader en daarnaast iedereen de gelegenheid te geven zelf na te denken en te discussiëren over patiëntveiligheid krijgt het meer betekenis. Het zorgt er verder voor dat iedereen binnen de praktijk op één lijn komt te zitten. Dit heeft grote voordelen bij het implementeren van verbeteringen, iedereen weet wat er bedoeld wordt en iedereen spreekt dezelfde taal.

In de workshop wordt ook aandacht besteed aan 'human factor engineering', oftewel waarom mensen fouten maken. Het is belangrijk dit te bespreken en medewerkers het inzicht te geven dat een incident iedereen kan overkomen. Wat maakt het dat mensen incidenten veroorzaken? Dit komt niet alleen door persoonlijk handelen ('niet goed opletten'), maar vaak ook door 'fouten uitlokkende' factoren in de organisatie van de praktijk. Door het niet alleen te hebben over eigen functioneren maar ook over dingen die veranderd moeten worden om te voorkomen dat het opnieuw gebeurd wordt niet alleen de omgeving veiliger maar ook de drempel om over incidenten te praten lager.

De resultaten van de SCOPE vragenlijst worden geïntegreerd in de workshop. Hiermee worden de resultaten uit eigen praktijk ingebed in een algemene visie op patiëntveiligheid in de zorg. Doel is om direct een basis te vormen om de resultaten in het perspectief van 'veilige zorg' te interpreteren en om er gericht mee aan de slag te gaan. In de workshop is voldoende ruimte ingepast om de resultaten en alles wat dit oproept te bespreken. Om te helpen de discussie op gang te brengen en te structureren wordt naast de resultaten van de SCOPE vragenlijst gebruik gemaakt van de MaPSaF vignetten (Kirk, 2007). Dit zijn negen thema's over patiëntveiligheid die per thema zijn uitgewerkt in vijf 'volwassenheids stadia' en die gebruikt kunnen worden voor de groepsdiscussie. De workshop wordt afgesloten met een actieplan waarin beschreven staat wat iedereen wil bereiken en hoe dit in de praktijk uit te willen voeren. Een voorbeeld van een actieplan is terug te vinden in bijlage 4.

Vorbereiding

De formulering van de dia's voor de workshop is algemeen zodat iedereen ze kan gebruiken. Degene die de workshop gaat geven kan de workshop en de dia's zelf aanpassen aan de eigen praktijk. De volgorde van de dia's beoogt een logische opbouw van theorie over patiëntveiligheid, naar cultuur en vervolgens naar een brainstorm over de eigen praktijk en de verbeteringen die te maken zijn.

Er zijn twee onderwerpen die voorafgaand aan de workshop aangepast moeten worden.

1. **De SCOPE vragenlijst resultaten:** Op dia's 53, 54 en 57 worden de resultaten teruggekoppeld. Deze moeten zelf worden ingevuld op de dia's.
2. **MaPSaF vignetten:** De drie opdrachten op dia's 49, 60 & 61 worden uitgevoerd aan de hand van de MaPSaF vignetten. De dia's hoeven daarvoor niet aangepast te worden. Wel moeten de juiste vignetten worden geprint.

De MaPSaF vignetten:

1. Prioriteit van patiëntveiligheid
2. Incidenten en verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid
3. Registratie en evaluatie van incidenten
4. Middelen
5. Leren van incidenten en realiseren van verbeterplannen
6. Communicatie over patiëntveiligheid
7. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid
8. Bijscholing en training gericht op (patiënt)veiligheid
9. Samenwerking en patiëntveiligheid

Bespreek maximaal twee vignetten in de workshop. Dit zijn de twee vignetten die corresponderen met de twee laagst gescoorde thema's van de SCOPE vragenlijst. In die thema's is immers de meeste ruimte voor verbetering te verwachten. In bijlage 2 zit een compatibiliteitstabel waarop te zien is welk SCOPE thema correspondeert met welk MaPSaF vignet. De vignetten zijn zo opgebouwd dat ze verschillende stadia van rijpheid van veiligheidscultuur beschrijven rondom het onderwerp. Het is de bedoeling dat de medewerkers aan de hand van de beschrijving bepalen welke beschrijving het meest op hun eigen praktijk van toepassing is en hier met anderen over gaan discussiëren. De toelichting op de vignetten is ook terug te vinden in de bijlage.

Wetenschappelijke verantwoording

De vragenlijst en de workshop beschreven in deze handleiding zijn toegepast in een studie waaruit is gebleken dat deze combinatie positief bijdraagt aan de patiëntveiligheid in de praktijk.

Aan deze studie hebben 30 huisartspraktijken in de omgeving Utrecht deelgenomen. Deze huisartspraktijken zijn gerandomiseerd over drie onderzoeksgroepen: een controlegroep, een interventiegroep die de SCOPE vragenlijst heeft ingevuld en feedback kreeg en een interventiegroep die de SCOPE vragenlijst heeft ingevuld en de feedback tijdens de workshop kreeg.

Het bleek dat praktijken in de interventiegroep met de SCOPE vragenlijst gecombineerd met de workshop een jaar na de interventie veel meer incidenten meldden t.a.v. zowel de controlegroep als de andere interventiegroep. Ook werden incidenten vaker systematisch geanalyseerd, stond patiëntveiligheid vaker op de agenda van overleg en beoordeelden respondenten de veiligheid in de praktijk hoger.

6.2 Workshop dia's en informatie

Dia 1



Verklaring der tekens:

- Instructies voor de spreker
- Tekst bij de DIA
- * Opmerkingen/suggesties/te lezen literatuur als achtergrond of verdieping.

→ *Introduceer uzelf*

→ *Dank iedereen voor zijn komst*

- Het doel van deze workshop is:
 - Uit te leggen wat patiëntveiligheid en patiëntveiligheidscultuur is
 - Bespreken van de resultaten van de SCOPE vragenlijst met behulp van MaPSaF vignetten
 - Voeren van een discussie over patiëntveiligheid en de cultuur binnen de praktijk
- Jullie krijgen inzicht in de sterke en zwakke punten in jullie praktijk/team met betrekking tot de patiëntveiligheidscultuur. Voorts bieden de nieuw verworven inzichten aanknopingspunten voor verbetering van de veiligheidscultuur en kan een gericht plan gemaakt worden ter verbetering van de veiligheidscultuur.
- * In de dia kan de naam van de organisatie worden geplakt. Bijvoorbeeld Patiëntveiligheidscultuur in Fysiopraktijk de Goede Houding

Programma

1. Inleiding in patiëntveiligheid en Human Factor Engineering (HFE)

2. Uw eigen patiëntveiligheidscultuur

3. SCOPE resultaten

4. Actieplan

Afsluiting en evaluatie



- In deel 1 ga ik in op de theorie van patiëntveiligheid: 'Een (bijna) fout maken, of zien van de fout van een ander is geen kunst...' Is dat wel zo? Is het wel zo gemakkelijk om fouten te zien? En hoe gemakkelijk is het eigenlijk om fouten te maken?
- Deel 2: Uitleg patiëntveiligheidscultuur: wat is het, waarom is het belangrijk? Daarna gaan we een aantal opdrachten doen. Hiermee proberen we samen het abstracte begrip van patiëntveiligheidscultuur concreet te maken, toegepast op onze praktijk.
- Deel 3: We bespreken hoe we de SCOPE vragenlijst hebben ingevuld (de vragenlijst die vooraf is ingevuld). (SCOPE = Systematisch Cultuur Onderzoek Patiëntveiligheid Eerste Lijn)
- Deel 4: Er wordt gezamenlijk een actieplan gemaakt voor één of meerdere verbeterpunten op het gebied van patiëntveiligheid voor onze praktijk.

1. Inleiding patiëntveiligheid en HFE

- Begrippen
- Geschiedenis van patiëntveiligheid in Nederland
- Getallen
- Uitleg en voorbeelden HFE
- Conclusies



- We starten met begrippen rondom patiëntveiligheid, hoe patiëntveiligheid de afgelopen jaren 'op de kaart' is gekomen en de omvang van het 'probleem' patiëntveiligheid. Daarmee wil ik proberen het begrip patiëntveiligheid te verduidelijken. Maar ik wil ook laten zien hoe wij zelf meer grip kunnen krijgen op de patiëntveiligheid binnen onze praktijk.

Patiëntveiligheid ??

- **Patiëntveiligheid = het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch), die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van een zorgverlener en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem.**
- **Oftewel: (voorkomen van) schade aan een patiënt door zorgverlener en het systeem.**



→ Vraag de deelnemers wat zij zelf verstaan onder patiëntveiligheid.

→ 'Vlieg' de tekst in.

→ Lees DIA voor.

- Patiëntveiligheid in de eerstelijnszorg omvat veel verschillende aspecten, zoals missen van diagnoses, het gebrekkig communiceren en overdragen, het onnodig toepassen of verkeerd uitvoeren of onterecht uitstellen van behandelingen, en het slecht bereikbaar zijn van de praktijk. Maar het gaat ook over eigen kennis niet up to date houden, gebruik maken van verouderde, slecht onderhouden apparatuur, het niet goed schoon houden van de materiaal met kans op infecties en besmetting.

→ Licht de dia eventueel met een eenvoudig eigen voorbeeld toe. Neem een voorbeeld dat het eigen handelen betreft. Kies uit bovenstaande voorbeelden die aansluiten bij eigen praktijk.


Begrippen

Incident

Fout

Complicatie

Wat betekenen deze woorden?



- Vraag de aanwezigen enkele minuten na te denken en op te schrijven wat zij verstaan onder deze 3 woorden.
- Vraag daarna plenair wat men heeft opgeschreven. Begin bij incident, dan fout dan complicatie. Schrijf enkele steekwoorden op een flapovervel. Ga daarna door met de volgende drie sheets waar de definities op staan die wij hanteren. Dit zijn niet zozeer de goede antwoorden als wel het afgesproken begrippenkader. Het is vooral de bedoeling om met zijn allen tot overeenkomst te komen, zodat tijdens de workshop maar ook in de toekomst duidelijk is waar het over gaat.

Begrippen

- **Incident = event**

Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.

- **Bijna-incident**

Elke onbedoelde gebeurtenis met kans op letsel aan de patiënt die werd opgemerkt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt kon bereiken.



- Een incident is een onbedoelde gebeurtenis die al dan niet leidt tot een onbedoelde uitkomst, dat wil zeggen gezondheidsschade aan de patiënt. Als er gezondheidsschade optreedt, is er sprake van een *adverse event*. Als het incident niet leidt tot gezondheidsschade, is er sprake van een *near miss*.
- Een incident is dus alles wat niet de bedoeling is. Schade wordt gezien als een nadeel voor de patiënt dat door de ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functieverlies of overlijden. Dit kan bijvoorbeeld ook zijn dat de patiënt nogmaals terug moet komen voor een afspraak omdat de afspraak niet in de agenda stond.
- In het begrippenkader wordt onderscheid gemaakt tussen onbedoelde gebeurtenissen (incidenten) en onbedoelde uitkomsten. Licht dit toe. Er is hierbij geen sprake van opzet. En ook de uitkomst was niet datgene wat men had verwacht (bijvoorbeeld meer pijn dan verwacht was door verkeerde behandeling).
- * Voor onderscheid: De definitie van een *calamiteit*: ledere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid. Calamiteiten moeten gemeld worden bij de IGZ.
- * Bron:
Wagner C, van der Wal G. Voor een goed begrip. Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. Medisch Contact 2005;60:1888-91.

Begrippen

- **Fout = error**

Het niet uitvoeren van een geplande actie (fout in de uitvoering) of het toepassen van een verkeerd plan om het doel te bereiken (fout in de planning).



- Bijvoorbeeld:
 - een misstap, slip, iets laten vallen
 - een dwaling, lapse, iets vergeten, een stap in de procedure vergeten
 - een vergissing, mistake een misvatting of een inschattingsfout

* Bron:

Wagner C, van der Wal G. Voor een goed begrip. Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. Medisch Contact 2005;60:1888-91.

Begrippen

- **Complicatie = adverse event**

Een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat sprake is van onherstelbare schade.



- Een complicatie of adverse event is een onbedoelde uitkomst die dusdanig ernstig is dat de zorgverlener zijn handelen moet aanpassen. Bij een complicatie of een adverse event is altijd sprake van schade aan de patiënt. Deze schade kan van klein tot groot zijn, en van psychische of lichamelijke aard.
 - Een nadere analyse is nodig om de oorzaak van de complicatie te achterhalen. Tijdens het optreden van de onbedoelde uitkomst is immers (vaak) nog niet duidelijk wat de oorzaak is. Een complicatie kan het gevolg zijn van een onbedoelde gebeurtenis (een *incident*), maar ook van een bewust genomen en aan de behandeling gerelateerd risico of ingecalculeerd neveneffect (*calculated risk*). In sommige situaties gaat het om een onvoorziene reactie van de patiënt of speelt de onderliggende ziekte een rol.
- * Bron:
Wagner C, van der Wal G. Voor een goed begrip. Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. Medisch Contact 2005;60:1888-91.

Voorbeelden van incidenten in de huisartsgeneeskundige praktijk

Verwijsbrief voor patiënt ligt niet klaar.

Onjuist ingevoerde VG waardoor complicatie in behandeling.

DA geeft patiënt een verkeerd vaccin.

Ha heeft journaal HAP baby in journaal M genoteerd, waardoor risico op onvoldoende controle.

Patiënt behandeld voor PHS blijkt tumor CWK te hebben.

Patiënt wacht in behandelkamer, HA en balie-assistente weten dat niet.



Deze dia is van toepassing op huisartspraktijken. Bij een workshop aan andere beroepsgroepen kunt u deze dia verwijderen en de volgende dia gebruiken.

- Vraag de deelnemers om een eigen incident op te schrijven (kort max 5 min)
- 'Vlieg' de voorbeelden in.
- Bespreek eerst de voorbeelden op de dia, vraag dan of men deze voorbeelden herkent. Vraag vervolgens wat voor eigen voorbeelden men had. Alternatief is om een aantal voorbeelden van incidenten uit de eigen praktijk te bespreken. Zorg er voor dat de voorbeelden van incidenten betrekking hebben op meerdere doelgroepen (dus niet alleen voorbeelden van incidenten rondom het handelen van assistentes bijvoorbeeld).

Toelichting op de voorbeelden op de dia:

Verwijsbrief ligt niet klaar heeft verder geen toelichting, de oorzaak hiervan kan heel divers zijn (niet gemaakt door HA, niet geprint door HA, verkeerd weggelegd door HA of DA, patiënt heeft tijdstip van ophalen verkeerd begrepen...).

Een huisarts uit een groepspraktijk was bezig met het invoeren van een dossier van een nieuwe patiënte, en wilde nog controleren of ze daadwerkelijk een trombosebeen had doorgemaakt. De HA zette deze episode daarom nog niet onder 'Voorgeschiedenis'. Een andere huisarts zag deze patiënte, die nauwelijks Nederlands sprak, voor anticonceptie en schreef de pil voor omdat zij dacht dat er geen contra-indicaties waren. De patiënte startte met de pil en kreeg een longembolie.

Doktersassistente geeft verkeerd reizigersvaccin (omdat deze erg op elkaar leken, en vlakbij elkaar lagen).

Een huisarts op de post noteerde het consult van de baby in het journaal van de moeder. Hierdoor ontstaat een risico op onvoldoende controle door de eigen huisarts.

Een patiënt die enkele malen kwam met schouderklachten bleek een tumor te hebben in de CWK.

Een patiënt mocht met bepaalde klachten even tussendoor komen, hij meldde zich niet aan de balie, en dus wisten de huisarts en de balie-assistente niet dat hij er al was.

Voorbeelden van incidenten van paramedici

Het te laat stellen van een diagnose bij dysfagie, waardoor er een grotere kans is op het ontstaan van een aspiratiepneumonie (logopedie)

Geen papier in de fax waardoor een verwijzing niet aangekomen is

Een diëtiste wordt ingeroepen voor hulp bij een demente patiënt, ivm ondervoeding, op de verwijzing zijn nierproblemen niet vermeld

De bloedafname sticker van de verkeerde patiënt zat op het aanmeldingsformulier (trombosedienst)

Rug van de rolstoel niet goed gemonteerd aan het frame, bij kantelen schiet de rugleuning achteruit (ergotherapie)

De fysiotherapeut wordt ingeschakeld voor de nabehandeling van een polsfractuur zonder dat een controlefoto is gemaakt of informatie over de stabiliteit van de breuk (fysiotherapie)



Deze dia is van toepassing op de eerstelijnsberoepsgroepen anders dan huisartspraktijken.

→ Probeer op deze dia zoveel mogelijk voorbeelden te noemen met betrekking op het eigen werk.

Andere voorbeelden:

In de papieren overdracht staan dingen die niet telefonisch zijn doorgegeven en de behandeling is al gestart.

Het systeem ligt eruit waardoor observaties handmatig zijn opgeschreven. Een collega ziet de patiënt terwijl deze nog niet in de computer staat.

De mondhygiënist heeft niet de actuele medicatie van de patiënt nagevraagd en er ontstaat een nabloeding als gevolg van het diep scalen en planen van de pocket. De patiënt is 3 mnd geleden gedotterd en gebruikt Ascal en Plavix.

De buisjes waarin de naalden voor het elektrisch epilieren worden bewaard liggen op achternaam naast elkaar. Bij een volgend bezoek pakt de huidtherapeut per ongeluk het buisje van een andere mevrouw Jansen (huidtherapie).

Kind (4jr) prikt zich aan een gebruikte naald terwijl de tandarts iets opzoekt op de computer. De tandarts kan niet achterhalen bij wie de naald gebruikt is en Sandra moet anti-HIV-pillen slikken.

De fysiotherapeut mobiliseert de knie van de patiënt na plaatsing knieprothese naar 70 graden wiskundig ipv ten opzichte van de normale buiging door een onduidelijke overdracht van de orthopeed. Patiënt heeft veel pijnklachten.

De ergotherapeut verzet een afspraak voor instructie van een traplift. De cliënt kan lastig langs te traplift omhoog en gebruikt hem toch, zij raakt bij de bediening met haar arm bekneld.

Patiëntveiligheid in Nederland

Een overzicht...

- 1995 Proefschrift Conradi
- 1999 To err is Human VS
- 2004 Rapport Willems
- 2008 Jaarcongres Inspectie Gezondheidszorg
Patiëntveiligheid Eerste Lijn
- 2010 www.zorgvoorveilig.nl





Deze dia is optioneel. Het geeft achtergrond informatie over het ontstaan van patiëntveiligheid als een belangrijk onderwerp binnen de gezondheidszorg.

- In 1995 presenteerde medisch socioloog M. Conradi zijn proefschrift 'Fouten van huisartsen' Hij was eigenlijk de eerste die begon met het onderwerp 'fouten' (wat we nu liever incidenten noemen) in Nederland. Zijn onderzoek kende twee hoofdvragen. Ten eerste: wat gaat er fout in de huisartsenpraktijk, wat vinden huisartsen een fout en hoe gaan ze ermee om. En ten tweede: wat zijn mogelijkheden exploreren om fouten te voorkomen. Hij onderzocht de vragen middels focusgroepen en interviews met huisartsen. Bron: Conradi, M. Fouten van huisartsen. ISBN: 9053522158. 1995. Te raadplegen: <http://irs.ub.rug.nl/ppn/141187751>
- Eind jaren '90 kwam het rapport "To err is human" uit in de VS. Hierin worden o.a. de resultaten van enkele grote onderzoeken gerapporteerd en worden aanbevelingen gedaan om de patiëntveiligheid te verbeteren. De cijfers uit dit rapport liegen er niet om. Kort samengevat gaat het om de volgende cijfers. Twee grote onderzoeken (bestaande uit dossier-onderzoek), één uitgevoerd in Colorado en Utah, en de andere in New York, vonden dat adverse events (dus incidenten met gezondheidsschade) zich voordeden in respectievelijk 2,9 en 3,7 % van de ziekenhuisopnames. In beide onderzoeken zouden de helft van deze adverse events veroorzaakt zijn door medische fouten (dus het niet uitvoeren van een geplande actie of het uitvoeren van het verkeerde plan) en zouden te voorkomen zijn geweest. In Colorado/Utah leidde 6,6 % van deze adverse events tot de dood, en in New York gold dat voor zelfs 13,6 % van de adverse events. Deze cijfers zijn geëxtrapoleerd naar de 33,6 miljoen ziekenhuisopnames in de Verenigde Staten in 1997. Dat zou betekenen dat in Colorado en Utah tenminste **44.000 mensen overleden als gevolg van een medische fout en in New York zou het om 98.000 mensen gaan**. Dit betekent dat meer mensen overlijden aan een medische fout dan aan auto-ongevallen (ruim 43.000 doden), borstkanker (ruim 42.000) of aids (ruim 16.000). Verder hebben al deze adverse events veel gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg en ook voor het vertrouwen van de mensen hierin.
- * Bron:
Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.: National Academic Press; 2001.

- In 2004 schreef Rein Willems, toentertijd president-directeur Shell, het rapport 'Hier werk je veilig of je werkt hier niet' Sneller Beter – De veiligheid in de zorg (2004). Hij onderzocht hoe de veiligheid in de zorg vergroot kan worden, dit in opdracht van het Ministerie van VMS in het kader van het programma Sneller Beter. Het advies - gebaseerd op ervaringen bij Shell - om in de zorg te werken met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is destijds positief ontvangen door de toenmalige minister van Volksgezondheid. Het Veiligheidsmanagementsysteem dient te bestaan uit een risico-inventarisatie, uit een incidentenanalyse en uit een managementsysteem om verbeteracties te plannen en te monitoren. Tevens is het management verantwoordelijk voor het realiseren van een cultuur waarin dit alles mogelijk is.
- * Bron:
Willems, R. Hier werk je veilig of hier werk je niet. Sneller beter – De veiligheid in de zorg. Eindrapportage Shell Nederland, november 2004
- In 2008 vindt het zesde congres over patiëntveiligheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg plaats, en staat voor het eerst in het teken van patiëntveiligheid in de eerste lijn.
- In 2010 kwam de website www.zorgvoorveilig.nl in de lucht, een product van het programma Zorg voor Veilig in de eerste lijn.

Nu: Op dit moment zijn er vanuit de overheid geen landelijke programma's. Er wordt verwacht dat instellingen, zorgaanbieders en beroepsverenigingen het onderwerp zelf oppakken en bezig gaan met implementatie.

- * Enkele andere jaartallen:
2005 Oprichting Platform Patiëntveiligheid
2005 Sneller Beter
2005 Nationale week van de patiëntveiligheid
2007 Mortaliteitscijfers ZH bekend
2008 VMS in ZH verplicht
2009 Convenant Vanzelfsprekende Veiligheid
2009 Mortaliteitscijfers 1e lijnszorg bekend

Getallen – hoe groot is het probleem?

INVALIDE NA 'BUIKGRIEPJE'

Huisarts negeerde hondenbeet, Brabander voor het leven getekend

door MIRLIAM BRINKS

BERGEN OP ZOOM, woensdag

„Ons leven is verwoest”, vertelt Lia Klinkhamer verdrietig. „Mijn man Kees is invalide en deels arbeidsongeschikt geraakt door een foute diagnose van onze huisarts en nalatigheid van een waarnemend arts.”

Komende woensdag 13 september moeten de betreffende medici voor de tuchtrechter in Eindhoven verschijnen. Tegelijkertijd loopt er een financiële afwikkeling met de verzekeraar van onze huisarts, het VVAA. „Jansiddels heeft de huisarts zijn aansprakelijkheid erkend”, zegt advocaat van Lia en Kees Klinkhamer, medisch letseladvocaat dr. Jan Soep uit Bergen op Zoom.

Het drama in huis Klinkhamer aan de telefoon. De dienstdoende huisarts liet via zijn assistente weten dat wij onze eigen huisarts moesten betalen als deze aan het werk zou zijn. Alja, weer twee uur later onze eigen dokter gebeld die beloofde die ochtend op huisbezoek te komen”, herinnert Lia zich alsof het gisteren is gebeurd.

Vanaf het moment dat de huisarts binnenkwam begon de nachtmerrie pas echt. Kees lag in bed met bruine vlekken



■ Kees Klinkhamer heeft Toen onmiddellijk vergeven, maar de klachten de huisarts niet...
FOTO: GUARD 2018 OFFICIËL



- Ernstige incidenten in de eerste lijn komen gelukkig weinig voor, maar kunnen grote impact hebben. Niet alleen voor de patiënt, ook voor de dokter: de patiënt heeft zijn hond wel maar de dokter nog niet vergeven.

Getallen - Vermijdbare schade in ziekenhuizen

Monitor zorggerelateerde schade

1,6 miljoen opnames per jaar in Nederland waarbij

- 7,1% zorggerelateerde schade
- 1,6 % potentieel vermijdbare schade
 - 968 patiënten potentieel vermijdbare sterfte

Nivel, 2013



- De dossieronderzoeken zoals uitgevoerd in de Verenigde Staten (Colorado/Utah en New York, zie dia 10, To err is human) zijn ook uitgevoerd in Nederland inmiddels drie keer uitgevoerd, in 2004, 2008 en 2011/2012. Uit het derde landelijk dossieronderzoek naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat in 7.1 % van de ziekenhuisopnames onbedoelde schade werd gevonden. Van deze onbedoelde schade werd 1,6% beoordeeld als potentieel vermijdbaar. Geëxtrapoleerd naar alle Nederlandse ziekenhuizen zijn er in de onderzoeksperiode 968 patiënten mogelijk vermijdbaar overleden.

Achtergrond informatie:

Onderzoeksopzet

Nederland heeft dezelfde onderzoeksopzet gehanteerd.

Trend

Het percentage zorggerelateerde schade was 5,7% in 2004 (95% BI: 5,1– 6,4), 8,0% 2008 (95% BI: 6,9 – 9,2) en 7,1% (BI: 6,1 – 8,3) in 2011/2012 van alle opgenomen patiënten.

In 2004 zijn naar schatting 1735 patiënten mede door potentieel vermijdbare schade overleden. In 2008 ging het naar schatting om 1960 patiënten en in 2011/2012 om 970 patiënten.

Pas sinds 2008 wordt er binnen het landelijke veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' op veel grotere schaal en veel gericht aan veiligheid in de zorg gewerkt.

* Bron:

Langelaan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J. et al. Monitor Zorggerelateerde schade 2011/2012. Dossieronderzoek in Nederlandse Ziekenhuizen. NIVEL en EMGO+ Instituut. 2013. ISBN: 978-94-6122-223-7.

Getallen - Vermijdbare schade in eerste lijn

HARM studie

Geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnames in Nederland:

- 2,4% van alle ziekenhuisopnames
- ca. de helft ervan vermijdbaar
- 5,6% van de acute ziekenhuis-opnames
- de helft van deze acute ziekenhuisopnames door huisartsen

Leendertse et al., 2008



Deze dia is optioneel. Het geeft inzicht in de bijdrage van medicatie aan het probleem.

- HARM studie: Hospital Admissions Related to Medication
In de HARM studie is onderzoek gedaan naar geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnames in Nederland (alle ongeplande ziekenhuisopnames in 21 ziekenhuizen in 40 dagen werden gescreend, het ging om circa 13.000 opnames). Uit het onderzoek blijkt dat:
1,2% van alle ziekenhuisopnames een onbedoeld gevolg is van verkeerd geneesmiddelengebruik. De oorzaak ligt in zowel de eerstelijnsgezondheidszorg als de poliklinische zorg. De helft hiervan is mogelijk vermijdbaar. Van de acute ziekenhuis-opnames is 5,6% geneesmiddel-gerelateerd, waarvan de helft veroorzaakt door huisartsen.
- Vraag aan de aanwezigen/de aanwezige huisartsen of zij een idee hebben welke geneesmiddelen of medicatie-gerelateerde bijwerkingen vooral ten grondslag liggen aan deze opnames?
- Het betreft vooral:
 - sintrom (doorgeschoten INR)
 - NSAID's (maagbloedingen)
 - ritmestoornissen door medicatie
- * Bron
Leendertse AJ et al. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch Intern Med. 2008 Sep 22;168(17):1890-6.

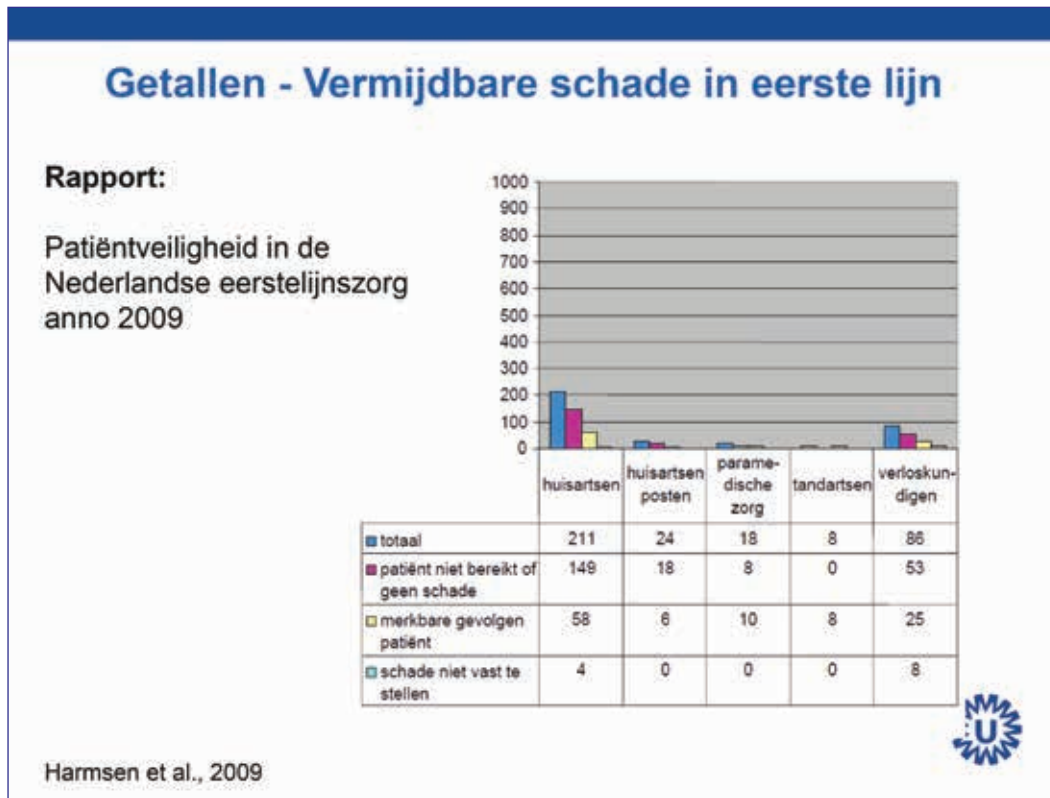
Getallen - Vermijdbare schade in eerste lijn

- Om wat voor getallen gaat het in de eerste lijn?
- Hoeveel incidenten heb je zelf? Per week? Per dag?
- Hoeveel met schade?



→ Vraag de deelnemers om te schatten hoeveel incidenten zij zelf hebben per week of per dag.

- Wat voor incidenten hebben jullie zelf meegemaakt?



- Op deze dia zijn de resultaten van dossier onderzoek in de eerstelijns gepresenteerd. Je kunt alle beroepsgroepen bespreken of alleen focussen op eigen beroepsgroep.
- In navolging op het dossier-onderzoek in ziekenhuizen in de Verenigde Staten (en vele andere landen hierop volgend), het dossieronderzoek in Nederland in de tweede lijn, werd ook dossieronderzoek gedaan in de eerstelijns (Harmsen et al., 2009).

Hieronder in het kort de opzet en resultaten van het onderzoek.

Onderzoeksopzet

Per sector werd een aselechte steekproef van 1000 dossiers bekeken, afkomstig van 20 praktijken uit iedere sector (huisartspraktijken, verloskundigenpraktijken, tandartspraktijken en paramedische praktijken) en 4 huisartsenposten. Per dossier werd – voor zover van toepassing – een periode van één jaar bekeken. Aanvullend registreerden de deelnemende praktijken incidenten gedurende twee ‘meetweken’ en per praktijk vulden zij een vragenlijst in over het veiligheidsmanagement in de praktijk (over deze onderzoeksdelen rapporteren we niet in de dia).

Belangrijkste conclusie voor wat betreft cijfers

Het dossieronderzoek liet zien dat eerstelijnszorg grosso modo veilig is voor patiënten. Als gekeken wordt naar het totaal aantal incidenten merkbaar voor de patiënt (‘incidenten die de patiënt bereiken’), dan is het beeld per 1000 dossiers als volgt: 58 in huisartspraktijken (5,8%), 6 in huisartsenposten (0,6%), 10 in paramedische praktijken (1,0%), 8 in tandartspraktijken (0,8%) en 25 in verloskundigenpraktijken (2,5%). De meeste van deze incidenten hadden weinig gevolgen voor patiënten.

Omgerekend naar het aantal contacten dat plaatsvond bij de betreffende patiënten tijdens de observatieperiode, betekent dit voor de huisartspraktijken een incident met merkbare gevolgen in 0,7% van de contacten. Voor de paramedische praktijken was dit 0,06, tandartspraktijken 0,2 en verloskundigenpraktijken 0,17.

Een extra rekensom dat inzicht geeft in het totaal aantal incidenten in een huisartsenpraktijk: het aantal (potentieel schadelijke) incidenten per 1000 dossiers (8401 patiëntencontacten) was: 211, dat is 2,51% van de contacten. Stel je hebt als arts 40 patiëntencontacten (spreekuur, telefoontjes, overleg met assistente) per dag, dan leidt dat bij 1 tot een incident.

Huisartsenposten 24 van de 1000 dat is 2,4 % van de patiëntcontacten.

Deze cijfers zijn globaal ook gevonden in de Spiegelstudie (Zwart et al., 2011) waarin gewerkt werd met meldweken: 1 incident per dag per huisarts, 2 incidenten per dag per assistente (maar assistentes hebben veel meer patiëntcontacten dan huisartsen).

Er is dus weinig verschil tussen huisartspraktijken en –posten qua aantallen incidenten.

Conclusies betreffende oorzaken van incidenten

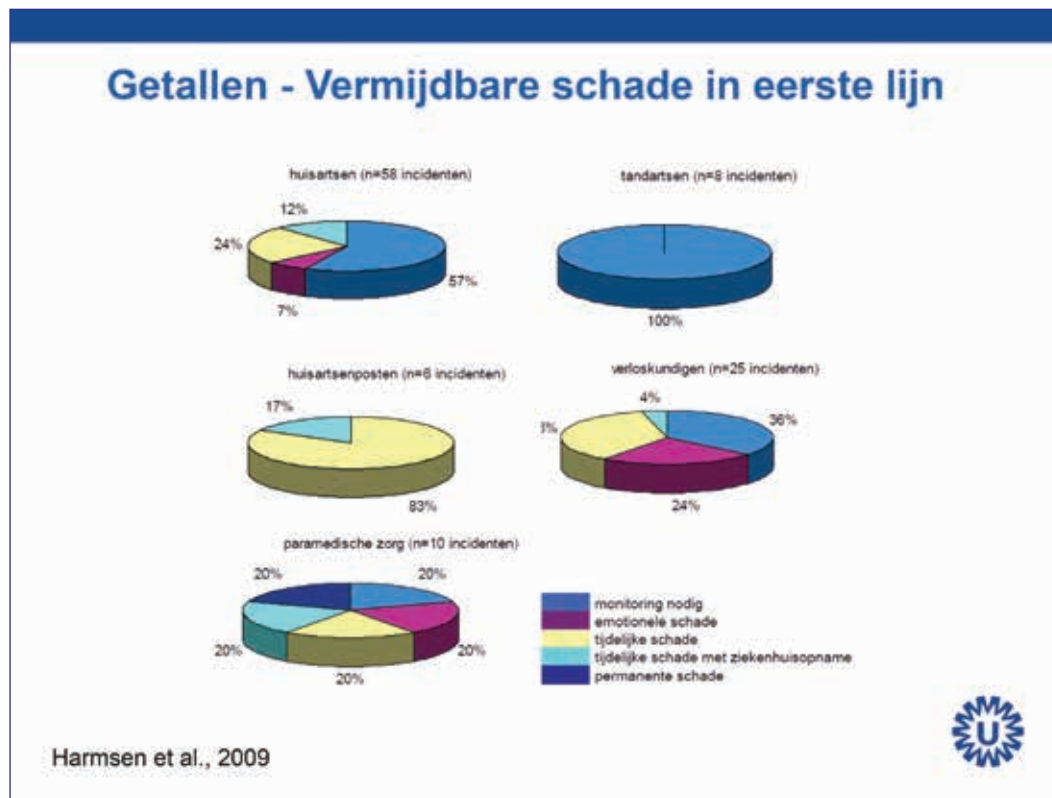
De **meest voorkomende** oorzaken van de incidenten in de verschillende beroepsgroepen waren:

- Huisartspraktijken: organisatie van zorg (29%), diagnostiek (23%), behandeling (21%) en communicatie (19%).
- Bij de huisartsenposten betroffen ze met name diagnostiek (50%) en behandeling (37%).
- Paramedische zorg: organisatie (26%), behandeling (26%), diagnose (23%).
- Verloskundigen: behandeling (44%), organisatie (24%).
- Tandartsen: behandeling (62%), diagnose (38%).

* Bronnen:

Harmsen M, Giesen P, Martijn L, Mettes Th, Verstappen W, Nijhuis-van der Sanden R, Wensing M. Patiëntveiligheid in de Nederlandse eerstelijnszorg anno 2009. Nijmegen: IQ healthcare, december 2009. ISBN: 978-90-76316-96-3

Zwart DLM, Steerneman AHM, van Rensen ELJ, Kalkman CJ, Verheij TJM. Feasibility of centre-based incident reporting in primary healthcare: the SPIEGEL study. *BMJ Qual Saf* 2011;20(2):121-7.



Op deze dia wordt weergegeven hoeveel van de incidenten met merkbare gevolgen vermijdbaar waren.

Monitoring nodig

Bij veel incidenten bestond de 'schade' slechts uit extra monitoring bij de patiënt, bijvoorbeeld extra bloedonderzoek of een extra controle op het spreekuur. Dit was bijvoorbeeld het geval bij 33 van de 58 incidenten in de huisartspraktijk.

Permanente schade

Er werden in de 5000 doorgenomen dossiers geen incidenten gevonden met overlijden van patiënten als gevolg. Er werden 2 incidenten gevonden waarbij blijvende (niet-levensbedreigende) schade optrad.

Tijdelijke schade met ziekenhuisopname


Het aantal incidenten waarbij sprake was van tijdelijke schade waarvoor een ziekenhuisopname nodig was lag tussen 0 en 7 per 1000 dossiers (in de verschillende onderzochte eerstelijnssectoren); 5 voor de huisartsenzorg. Er werden in totaal 7 incidenten gevonden in de 5000 dossiers (afkomstig uit paramedische praktijken en huisartspraktijken), met voor de patiënt merkbare gevolgen, waarbij door de beoordelaars de kans op ernstige schade of overlijden zeer waarschijnlijk werd geacht, ongeacht of deze daadwerkelijk was opgetreden.

Getallen - Vermijdbare schade in eerste lijn

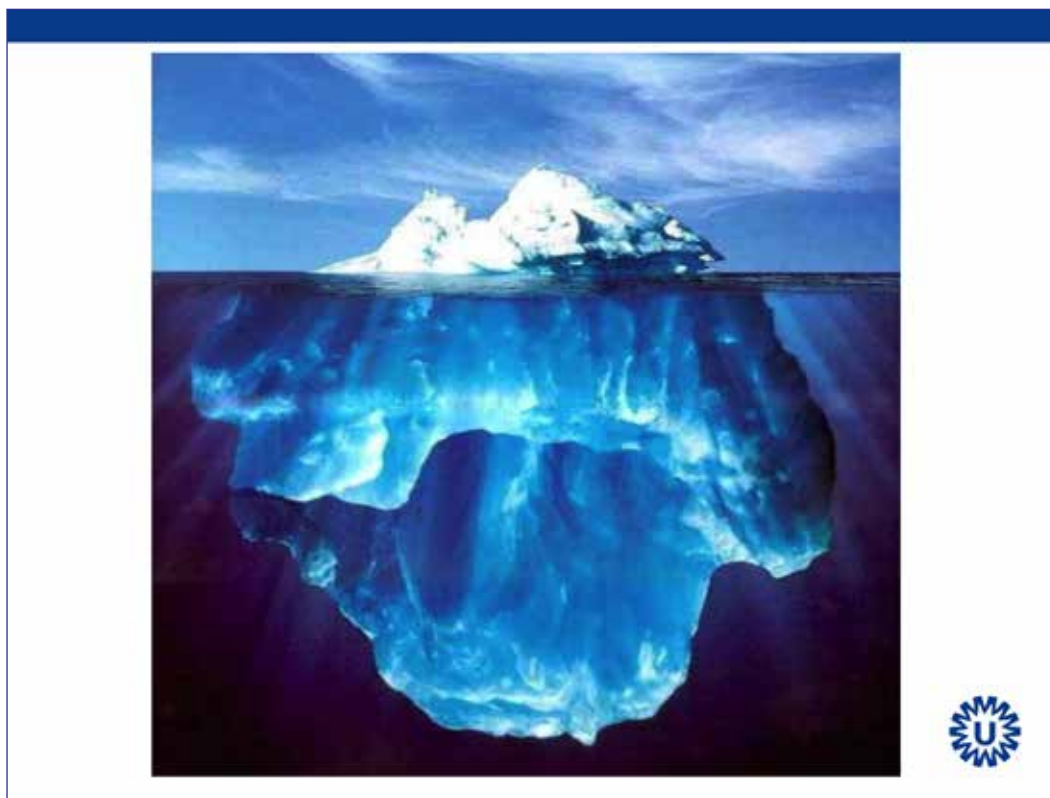
Schatting van jaarlijks aantal incidenten met ziekenhuisopname (vermijdbare en niet-vermijdbare ziekenhuisopnamen samen genomen)

	Geschat aantal Nederlanders met jaarlijks contact*	Geschat aantal Nederlanders dat jaarlijks een incident met ziekenhuisopname heeft (gevonden kans tussen haakjes)
Huisartspraktijken	12.045.000 (73% van de bevolking)	60.225 (5/1000)
Huisartsenposten	3.300.000 (20% van de bevolking)	3.300 (1/1000)
Paramedische praktijken	3.300.000 (20% van de bevolking)	6.600 (2/1000)
Tandartspraktijken	12.870.000 (78% van de bevolking)	0
Verloskundigenpraktijken	135.000 (start in 1 ^e lijn)	270 (2/1000)
Totalen		70.395

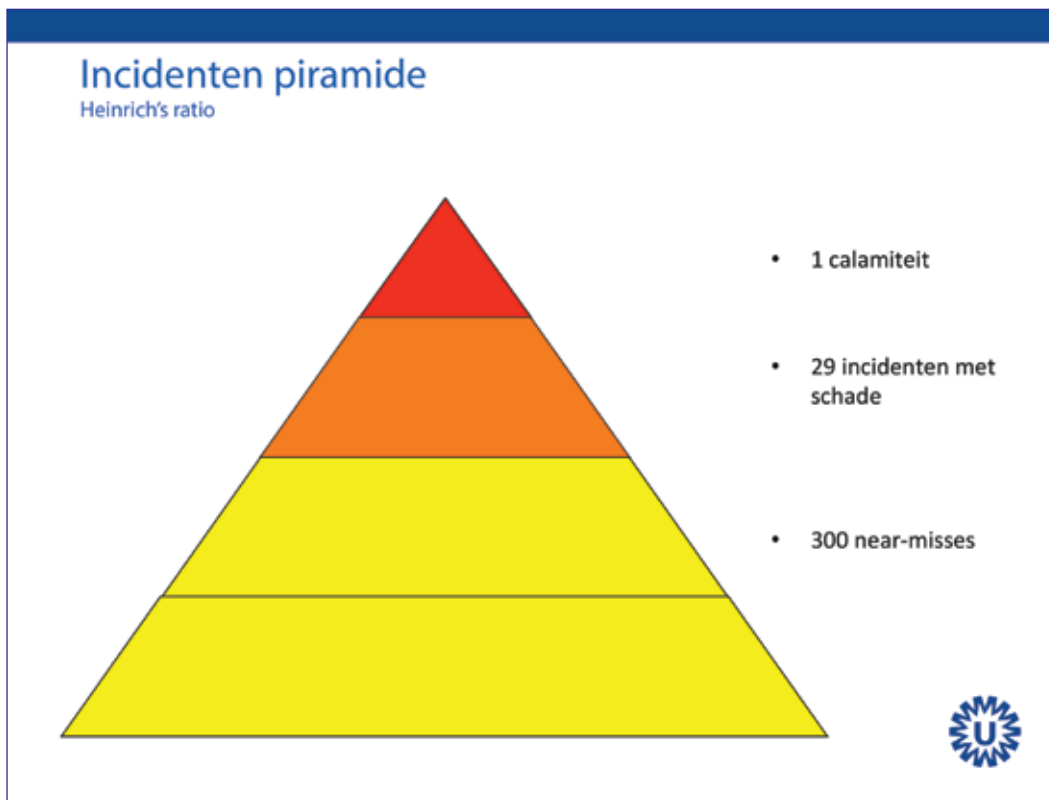
*Bron: CBS 2009; Register Perinatale sterfte voor verloskunde

Harmsen et al., 2009 

- Desalniettemin betekenen deze lage risico's dat er naar verwachting jaarlijks een substantieel aantal incidenten is in de eerste lijn. Anno 2009 heeft Nederland ongeveer 16,5 miljoen inwoners (bron: CBS, 2009). Een aanzienlijk deel hiervan aantal heeft jaarlijks één of meer contacten met zorgverleners in de eerstelijnszorg (12 miljoen). Ter illustratie staat in tabel 3 een schatting van het aantal mensen dat een incident in de eerstelijnszorg meemaakt waarbij sprake is van een ziekenhuisopname. Een belangrijke kanttekening is verder dat lang niet al deze ziekenhuisopnamen te vermijden waren geweest. In de 5 incidenten uit de huisartspraktijk leek ziekenhuisopname slechts bij één incident potentieel vermijdbaar te zijn geweest.
 - Dat is een-vijfde van de 60.000 ziekenhuisopnames genoemd in de tabel, dat is 12.000. We hebben 8.000 huisartsen in Nederland, dat is dus 1,5 per HA per jaar.
- Vraag of de aanwezigen zich hier iets bij voor kunnen stellen. Hebben zij voorbeelden van incidenten met vermijdbare dan wel niet-vermijdbare ziekenhuisopname?



- We zien alleen de top van de ijsberg, waarschijnlijk gebeuren er nog veel meer incidenten.
- Onder aan het topje van de ijsberg gebeurt van alles. Mogelijk gaat er vaak iets net goed, wordt het nog op tijd hersteld, of is er een extra veiligheidscheck ingebouwd. Het kan ook zijn dat niet alle incidenten bekend zijn omdat de patiënt ze niet vermelden.



- De cijfers uit deze piramide hebben betrekking op (bijna)ongevallen in de zware industrie in jaren '30. Het idee achter deze piramide is dat calamiteiten, incidenten en near-misses mogelijk dezelfde oorzaken hebben en dat verbetermaatregelen gericht op bijna-incidenten dus ook calamiteiten zouden kunnen voorkomen.
- Het is dus nuttig om ook "kleine" incidenten en (bijna) fouten te onderzoeken en verbetermaatregelen te treffen. Ook hier wordt de patiëntveiligheid beter van.

Visie op incidenten in de zorg

- **Gezondheidszorg is “high risk” organisatie**
- **100% veilige zorg bestaat niet**
- **Fouten maken is menselijk**

- **Alle handelingen in de zorg zijn deel van een systeem**
- **Fouten leren ons hoe het systeem beter kan**
- **Richten op het voorkómen van schade**

- **Een incident treft altijd minstens 2 mensen**



- We kunnen dus concluderen dat we in een organisatie werken met risico's.
- Gezondheidszorg is een risicodragende industrie, deels vergelijkbaar met lucht- en ruimtevaart en de petrochemische industrie waar het veiligheidsdenken is begonnen. ER bestaat geen 100% veilige zorg, fouten maken is menselijk.
- We zien de gezondheidszorg als een systeem.
- Systeemdenken betekent dat processen worden beschouwd als een geheel van aaneengesloten onderdelen die invloed hebben op elkaar en op de uitkomst van het proces. Menselijke handelingen staan dus niet op zichzelf, maar zijn onderdeel van een systeem. Mensen zullen altijd fouten blijven maken en het systeem waarin mensen werken, moet idealiter zó zijn ontworpen dat deze fouten niet kunnen leiden tot schade.
- En incident treft altijd tenminste twee mensen: niet alleen degene die schade oploopt, ook de overige betrokkenen. En dat zijn er meestal meerdere.

Human Factor Engineering: Fouten maken is menselijk.....

- Begrippen
- Begrip
 - Hoe ontstaat een fout ?
 - Hoe leidt een fout tot schade ?
- Grip
 - Hoe krijg je grip op fouten in je organisatie ?



- We hebben het nu gehad over de begrippen van patiëntveiligheid en we hebben cijfers gezien over hoe groot het probleem is.
- We gaan nu door met begrip: hoe ontstaat een fout? En hoe kan een fout tot schade leiden.
- Daarom willen we kort stil staan bij Human Factor Engineering. HFE wil inzicht verwerven in de invloed van persoonlijke en organisatorische factoren die het menselijk handelen beïnvloeden in taakuitvoering.

Voorbeeld ontstaan incident



- Kijk en luister naar het volgende filmpje (een bekende inmiddels wat verouderde reclame).
- Het is een voorbeeld van hoe meerdere factoren/fouten bijdragen aan een mogelijk incident.
- Als het filmpje het niet doet in de PowerPoint dan kunt u hem zelf vinden via:
<http://www.youtube.com/watch?v=gh5xu35bAxA>


Begrip – hoe ontstaat een fout

Vlgones een oznrdeeok op een Eglnese uvinretsiet mkaat het neit uit in wlkee vloogdre de ltteers in een wrood saaln, het einge wat blegnaijrk is is dat de ertse en de ltaatse ltteer op de jjutse patals saaln

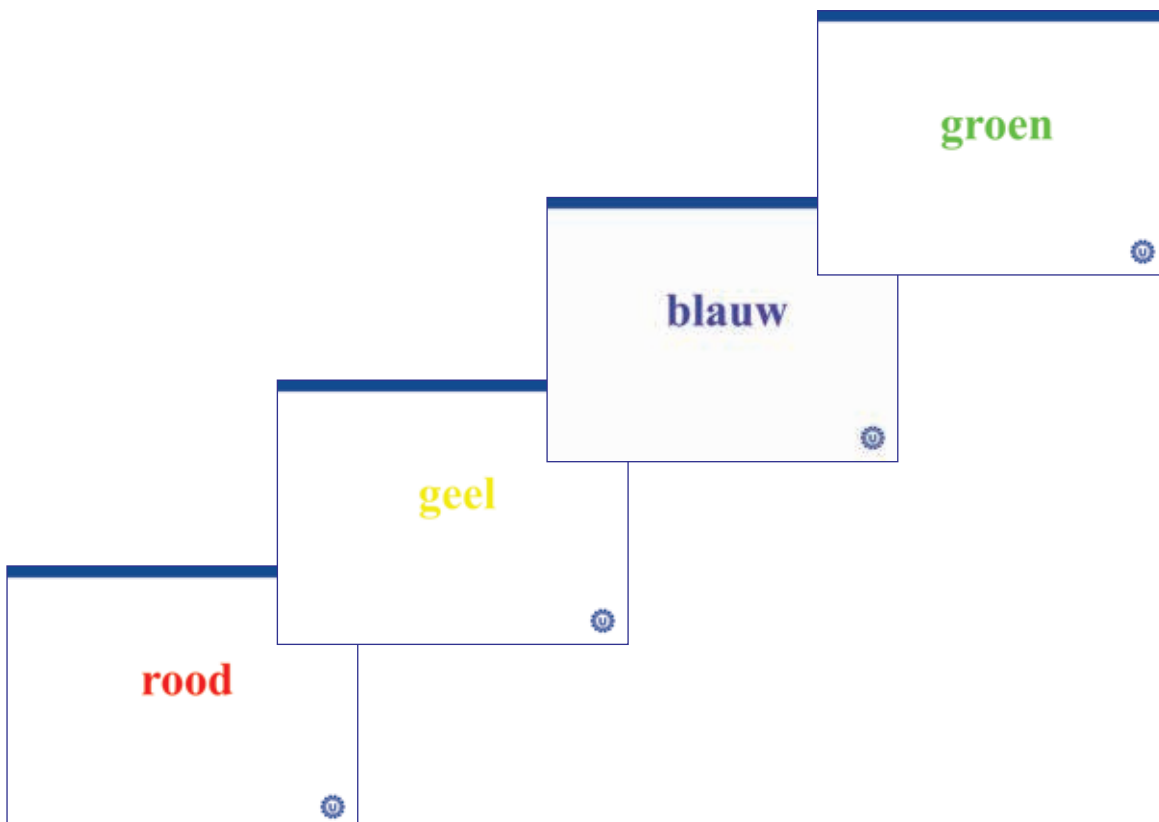


- Begrip: hoe ontstaat een fout? Je hebt aan een half woord genoeg. Dit is heel knap, en vaak ook handig, maar het leidt er ook toe dat je je soms vergist. Je eigen slimheid legt je in de luren.

Noem de kleur van de inkt
waarin de volgende woorden staan ...



- Nog een voorbeeld.
- Korte uitleg: noem hardop de kleur waarin de woorden geschreven staan.
- Doe zelf in het begin mee, de aanwezigen volgen dan wel. Stop met meepraten na een aantal dia's.



rood

geel

blauw

groen

Observatie en concentratie oefening



'Inattentional blindness' D. Simons & C. Chabris



- Nog een laatste voorbeeld.
- Instrueer de aanwezigen naar het filmpje te kijken en te tellen hoe vaak de spelers met het zwarte t-shirt de bal rondspelen. Vraag degenen die het filmpje al kennen, zich afzijdig te houden.

<http://www.youtube.com/watch?v=vJG698U2Mvo>

- Vraag eerst hoe vaak de bal werd rondgespeeld. Vraag dan of de aanwezigen de gorilla hebben gezien. Laat eventueel het filmpje nog een keer zien.
- Geef na het filmpje de volgende toelichting:
 - Het is een voorbeeld van 'inattentional blindness' (het missen van een onverwachte gebeurtenis tijdens het uitvoeren van een andere taak die je aandacht vraagt). We zien datgene waar we onze aandacht op richten, en hoe meer we gefocust zijn, hoe minder we zien in de omgeving.
 - Het illustreert ook het begrip van hindsight bias. Achteraf vraag je je af hoe je de gorilla hebt kunnen missen. Ook degenen aan wie je het de volgende ochtend vertelt zullen denken 'hoe kun je dat nu gemist hebben'. Deze reactie kun je ook hebben wanneer iemand jou een incident vertelt. Denk dan nog eens terug aan deze gorilla...

- * Bron:
Daniel Simons (University of Illinois) en Christopher Chabris (Harvard University)

De mens: beperkingen

Meer alert door:

- Emoties
- Stress
- Interessante taken
- Ongeduld
- Geluiden
- Voedingsstoffen

Minder alert door:

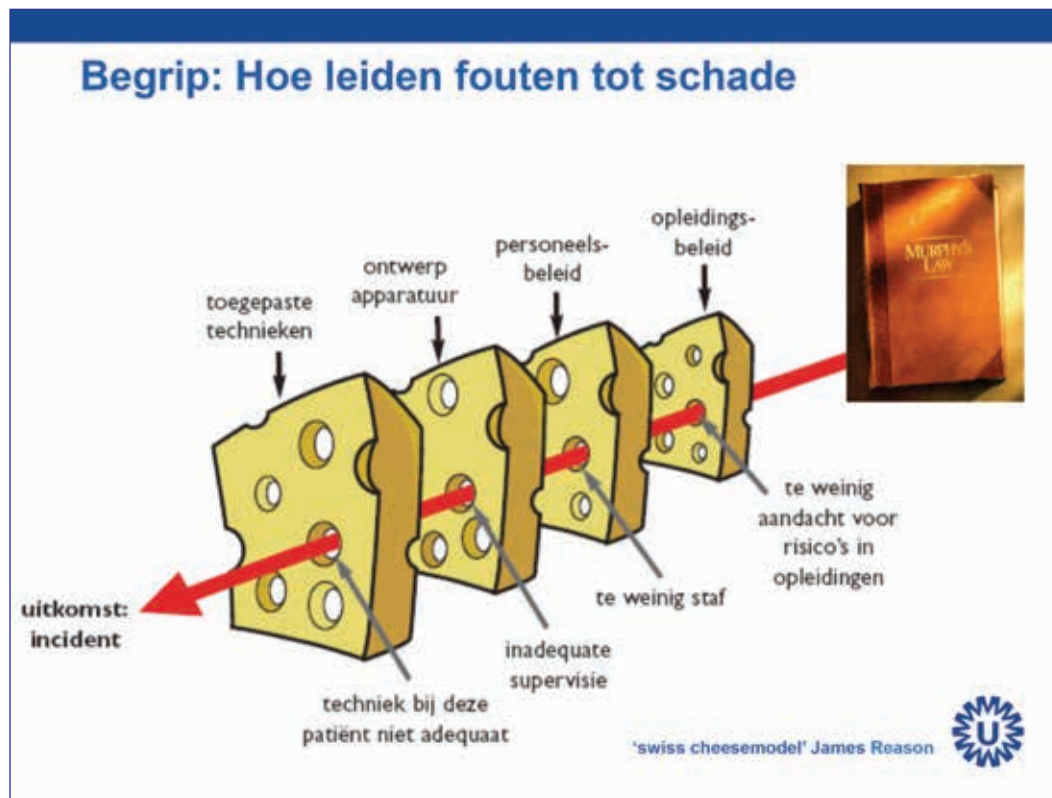
- Hoge temperaturen
- Slaapgebrek
- Verdriet
- Alcohol, zware maaltijden
- Lange werkdagen, uitputting
- Herhaald en saai werk



- Een aantal factoren beïnvloeden de mens, en maken hem meer/minder alert. Wees je hiervan bewust!

→ Vraag wat de aanwezigen meer of minder alert maakt.

- Meer alert:
Emoties: blij, boos, bang
Geluiden: alarmen
Voedingsstoffen: cafeïne mits met mate



- In de praktijk worden (bijna)fouten vaak al opgemerkt voordat ze tot echte schade kunnen leiden. Gelukkig maar. Deze afbeelding, 'Reason's swiss cheesemodel' laat zien dat we veel blokkades / barrières hebben gemaakt om werkprocessen te beveiligen om incidenten te voorkomen. Toch is dit geen garantie voor nul incidenten. Ook barrières kunnen falen. Het zogenaamde gatenkaasmodel laat zien hoe, ondanks verschillende barrières, toch een incident kan ontstaan. Opeenvolgende barrières en voorzorgsmaatregelen kunnen tekortschieten met een incident als resultaat.
- Want Murphy waarschuwt ons dat wat mis kan gaan, ooit ook eens mis gaat...
- Leer te denken in het proces en door systeemdenken ontdekken dat we in een FUZO werken (Fouten Uitlokken-de Zorg Omgeving).
- * Bron:
Reason, J. 1997. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot: Ashgate.

Hoe een systeem kan bijdragen aan een verhoogde kans op schade...



- De koffiepot voor masochisten. Een voorbeeld van hoe een systeem bijdraagt aan een verhoogde kans op schade.

Grip: veiligheidsmanagement

- **Huisartsenposten:**
melden sinds 2005 in MIP/VIM procedure
- **Project Zorg voor Veilig is gestart in 2010**
- www.zorgvoorveilig.nl
- **NHG-NPA:**
VIM-procedure minimumeis
voor NHG-praktijkaccreditatie vanaf 2011



- We hebben begrippen, cijfers en begrip gehad (nu komt 'grip). Hoe kunnen we nu grip krijgen op veiligheid in de eerstelijnszorg?
- De Huisartsenposten hebben sinds 2005 incidentmeldingsprocedures als MIP (Melding Incidenten in de Patiëntenzorg) of VIM (Veilig Incident Melden).
- Het project Zorg voor Veilig gestart in 1009, website in 2010.
Patiëntveiligheid in de eerste lijn is een speerpunt van VWS en de Inspectie. De LVG en het NEO (Netwerk Eerstelijns Organisaties) hebben een plan ingediend voor ontwikkeling van een instrument Veilig Incidenten Melden. Dit heeft geleid tot het project Zorg voor Veilig. Doel: eerstelijnszorgaanbieders bewust te maken van het belang van patiëntveiligheid. En om hen uit te rusten met praktische werkwijzen (Toolkit Veiligheid) om veiligheidsrisico's te signaleren en aan te pakken.
De website www.zorgvoorveilig.nl is op 14 april 2010 gelanceerd. Met de toolkits op deze website kunnen (groeps)praktijken en samenwerkingsverbanden in de eerste lijn concreet vorm geven aan verbetering van patiëntveiligheid. Er zijn producten te vinden als: werkwijzen (de 'Zorg voor Veilig module'), checklists om de bewustwording rond patiëntveiligheid in uw praktijk te vergroten, scholingen, links naar relevante websites en publicaties.
- Een VIM-procedure is een minimumeis voor de praktijkaccreditatie van huisartsenpraktijken. Op de NHG-site is ook een voorbeeld van een VIM-procedure te vinden.
- * Veel beroepsgroepen hebben gewerkt aan VIM-digitaal. Voor sommige beroepsgroepen zijn er specifieke meldformulieren ontwikkeld. U kunt hiervoor kijken op de website van de koepelorganisatie.
- * Bronnen:
Zwart, DLM. Veilig incident melden in de huisartsgeneeskundige praktijk: ervaringen uit de SPIEGEL-studie. *Bijblijven*, 2010 (26), nummer 9.

Veld, CJ. in 't, Zwart, DLM., Broek, S. van den, Vanzelfsprekende veiligheid in de praktijk. *Bijblijven*, 2012 (28), nummer 3.

Grip: vangnet

• sterk	• matig	• zwak
fysiek	werkomgeving	menselijk
- nieuw apparaat	- werkdruk ↓	- double check
- force-factors	- checklist	- nieuw protocol
- slot op de deur	- communicatie	- training

Cultuur: kan bepalend zijn bij wel/niet voorkomen van incidenten



- We weten allemaal dat we onszelf en onze omgeving kunnen beïnvloeden om ons werk beter, veiliger te doen. Sommige 'vangnetten' zijn sterker dan de ander. Een sterke barrière zijn systemen die herontworpen zijn om te voorkomen dat menselijke fouten leiden tot schade, bijvoorbeeld: je kunt geen diesel tanken in een benzine auto, omdat de tuit niet past. Treinen stoppen automatisch wanneer een machinist een rood sein mist.
- Een belangrijke veiligheidsbarrière wordt gevormd door de cultuur. Cultuur is de manier waarop we met elkaar omgaan.

2. Uw eigen patiëntveiligheidscultuur

"Errors have been made.
Others will be blamed."



- In en buiten de geneeskunde is de mens geneigd om een schuldige te zoeken als er iets mis gaat. Dit is bevredigend omdat:
 - het duidelijk is waardoor het gekomen is (iemand aanwijsbaar);
 - het duidelijk is dat het niet mijn schuld is;
 - er snel "adequaat" kan worden gehandeld (door de schuldige te straffen of te veranderen (scholen/ander werk etc)).
- De neiging om een schuldige te zoeken is een grote drempel voor patiëntveiligheid. Als je weet dat dat de reactie gaat worden, word je terughoudend met het benoemen van kleine foutjes of incidenten. Het maakt het ook moeilijk om dingen aan de kaak te stellen, omdat mensen verwachten dat je hen beschuldigt en dus in de verdediging schieten. Dit is contraproductief als het gaat om leren van fouten.
- Zo dadelijk gaan we dan ook verder met patiëntveiligheidscultuur.

Oefening 1

Individueel: 10 min

Kruis op het scoreformulier aan welke omschrijving het beste bij jou praktijk past

Bedenk met concrete voorbeelden waarom je voor een omschrijving kiest

Als je niet kunt kiezen tussen twee omschrijvingen, zet dan een kruisje tussen de twee

Er zijn geen goede antwoorden! U kiest wat past!



Voordat we ingaan op veiligheidscultuur, doen we een opdracht zodat iedereen zelf kan nadenken over wat je vindt over de cultuur in je organisatie/praktijk.

- Deel de vignetten (die je vooraf hebt geprint, lees voor de workshop de instructie) uit.
- Leg de instructie op de dia uit, met een vignet als toelichting erbij. De MaPSaF vignetten kunt u vinden in de bijlagen van de handleiding.
- De twee vignetten die in de oefening (en later in oefening 2 en 3 terug komen) besproken worden zijn overeenkomstig met de twee dimensies die het laagst scoorden in de SCOPE vragenlijst. Zie de handleiding voor een compatibiliteitstabel tussen de SCOPE dimensies en de MaPSaF.
- Elk vignet gaat over een thema van patiëntveiligheidscultuur, dit thema wordt vijf keer beschreven in een bepaald cultuurstadium (de cultuurladder wordt verderop in de presentatie besproken, dat is nu nog niet relevant om de deelnemers zo open mogelijk de oefening te laten doen). De vraag aan de deelnemer is om aan te geven welke beschreven situatie het beste past bij hun eigen praktijk.

Cultuur van een organisatie

De heersende organisatiecultuur kan een belangrijk vangnet zijn voor fouten, maar ook een valkuil...

- Hiërarchische verhoudingen
- Samenwerking in team
- Omgaan met apparatuur
- Taakopvatting
- Acceptatie ziekte, stress etc.
- Melden en bespreekbaar zijn van fouten
-



- De resultaten van oefening 1 worden verderop in de workshop besproken. Laat de deelnemers de vignetten voor nu even aan de kant leggen en bespreek deze nog niet (onderling).
- Uit het voorgaande deel van de presentatie blijkt: de mens is feilbaar, ons brein is feilbaar. In een eerstelijnspraktijk zijn minder organisatiefactoren te beïnvloeden dan bijvoorbeeld in de tweede lijn. Vandaar dat je elkaars vangnet moet zijn. Dat betekent dat cultuur een nog belangrijkere factor is voor de patiëntveiligheid dan in andere werkgebieden.
 - De cultuur kan dus een belangrijke veiligheidsbarrière zijn. Maar kan ook de patiëntveiligheid negatief beïnvloeden.

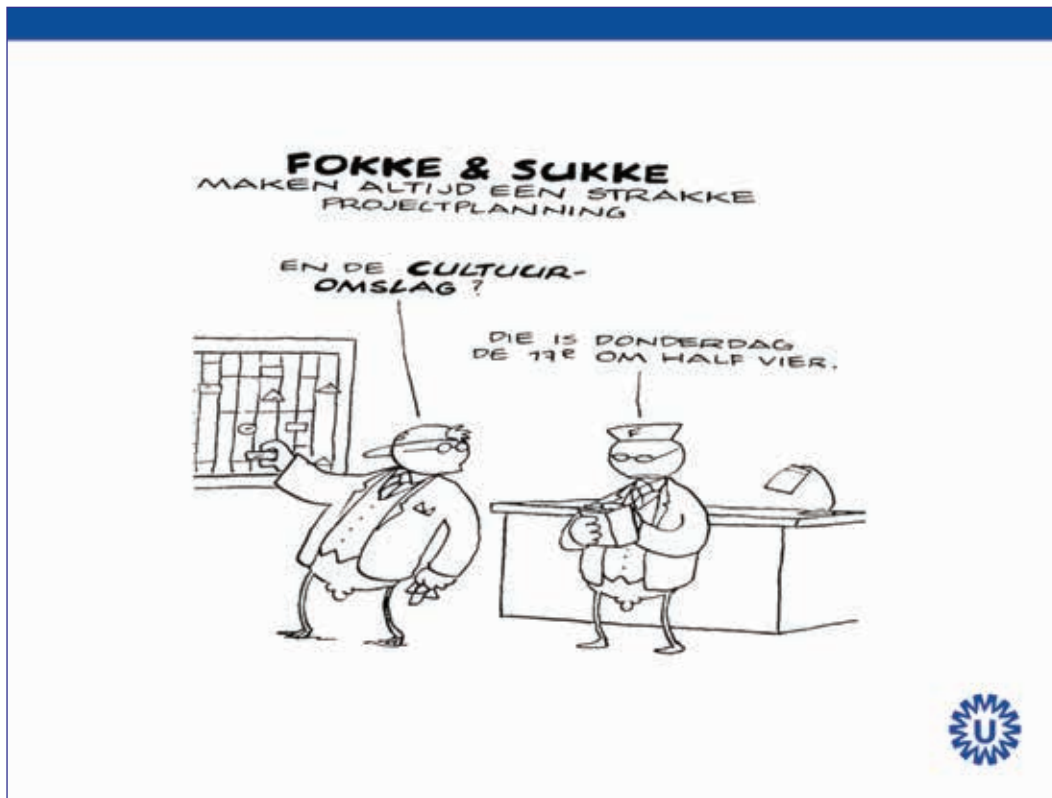
Wat is patiëntveiligheidscultuur?

De gedeelde opvattingen, overtuigingen, waarden en aannames die ten grondslag liggen aan hoe mensen veiligheidskwesties in hun organisatie waarnemen en er naar handelen.

Kirk et al., 2007



- Waar denk je aan bij de term 'patiëntveiligheidscultuur'?
 - Wat is patiëntveiligheidscultuur, dit is een definitie.
 - Het gaat om zaken als: hoe communiceren wij? Wat doen we als er een fout is gemaakt? Spreken we elkaar aan op onveilige situaties? Voelen we ons veilig om fouten te bespreken?
 - Een positieve veiligheidscultuur: de zorgverlener en de andere medewerkers in de praktijk zijn zich bewust van het risicovolle karakter van het eigen handelen. Zij zijn bereid incidenten te melden, bespreken en ervan te leren.
- * Bron:
Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M: Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care* 2007, 16(4):313–320.



- Cultuur verbeteren/veranderen dat lukt natuurlijk niet zomaar. Daarvoor is tijd en commitment nodig.

3. SCOPE-resultaten

SCOPE
Werken aan patiëntveiligheid in de eerste lijn



De vragenlijst is ingevuld door:

.. personen:

.. [Discipline invullen] (bijv. logopedisten)

.. [Discipline invullen] (bijv. tandarts assistent)

..

..



- **Deze dia moet door de spreker vooraf ingevuld worden aan de hand van de ingevulde SCOPE vragenlijsten.**
- Op deze dia en de volgende dia's kunt u de resultaten van de SCOPE vragenlijst terugkoppelen.
- Op deze dia vult u in hoeveel personen vanuit de verschillende disciplines de vragenlijst hebben ingevuld.
- We gaan bekijken wat wij vinden van de cultuur in onze organisatie/praktijk.
- Vooraf aan deze workshop heeft iedereen de SCOPE vragenlijst ingevuld. Hij is ingevuld door .. personen, (bijvoorbeeld. 3 tandartsen, 2 huisartsen, 4 assistenten, enzovoort).

Patiëntveiligheid in de eigen praktijk

- Waardering patiëntveiligheid in de eigen praktijk
 - Uitstekend ..
 - Goed ..
 - Acceptabel ..
 - Matig ..
 - Slecht ..
- .. medewerkers hebben ooit op *enigerlei wijze* een incident gemeld
- .. medewerkers hebben ooit een *meldingsformulier* ingevuld



- Op deze dia vult u in hoe de waardering van de patiëntveiligheid in de praktijk is ingevuld door de deelnemers.
- Ook vult u in hoeveel medewerkers ooit een incident hebben gemeld en hoeveel ooit een formulier hebben gebruikt.

Thema's (dimensies) van de SCOPE

- Overdracht en samenwerking
- Steun en collegialiteit
- Open communicatie over incidenten
- Feedback en leren van incidenten
- Meldingsbereidheid
- Adequate procedures en personele bezetting
- Algemeen veiligheidsmanagement
- Verwachtingen en acties van leidinggevenden

Sterk = >75% scoort goed/zeer goed

Zwak = < 50% scoort goed/zeer goed



Let op: Er zijn twee versies van de SCOPE vragenlijst. Deze dia is voor de huisartsen (deze dia kunt u verwijderen bij een workshop in een andere beroepsgroep).

De SCOPE vragenlijst bestaat uit 43 vragen verdeeld over deze acht thema's.

- Dit zijn de acht thema's van de SCOPE vragenlijst.
- Om de resultaten te kunnen interpreteren wordt er onderscheid gemaakt tussen 'sterke' en 'zwakke' thema's
- Als meer dan 75% van de respondenten de vragen waaruit een thema bestaat positief beoordeeld dan zeggen we dat het een sterk thema is. Als dit percentage kleiner is dan 50% dan is het een zwak thema. Er tussen in wordt gezien als een neutraal thema.

Thema's (dimensies) van de SCOPE

- Communicatie over en leren van incidenten
- Overdracht en samenwerking
- Adequate procedures en werkomstandigheden
- Patiëntveiligheidsmanagement
- Steun en collegialiteit
- Meldingsbereidheid
- Lerende organisatie

Sterk = >75% scoort goed/zeer goed

Zwak = < 50% scoort goed/zeer goed



Let op: Er zijn twee versies van de SCOPE vragenlijst. Deze dia is voor overige eerstelijns beroepsgroepen (zie handleiding). Deze dia kunt u verwijderen bij een workshop in de huisartsenpraktijk.

De SCOPE vragenlijst bestaat uit 41 vragen verdeeld over deze zeven thema's.

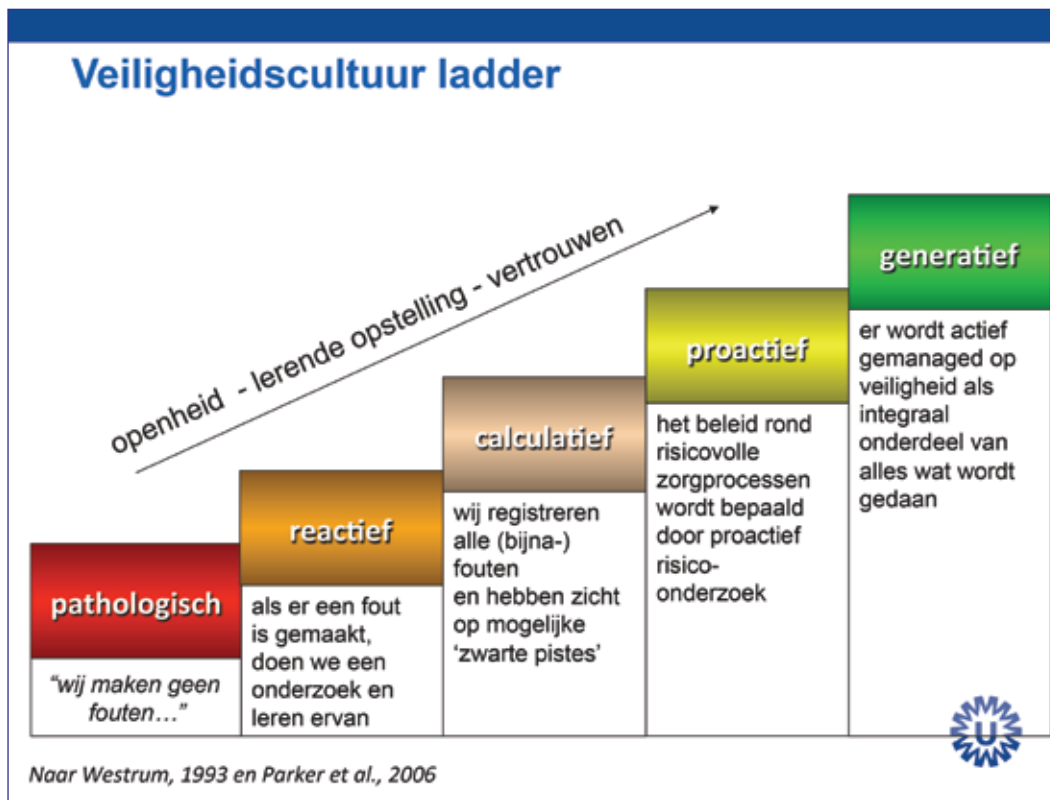
- Dit zijn de zeven thema's van de SCOPE vragenlijst.
- Om de resultaten te kunnen interpreteren wordt er onderscheid gemaakt tussen 'sterke' en 'zwakke' thema's
- Als meer dan 75% van de respondenten de vragen waaruit een thema bestaat positief beoordeeld dan zeggen we dat het een sterk thema is. Als dit percentage kleiner is dan 50% dan is het een zwak thema. Er tussen in wordt gezien als een neutraal thema.

Overzicht Thema's (dimensies) en score

	Percentage positief gescoord	Sterk of zwak?
Overdracht en samenwerking	.. %	
Steun en collegialiteit	.. %	
Open communicatie over incidenten	.. %	
Feedback en leren van incidenten	.. %	
Meldingsbereidheid	.. %	
Adequate procedures en personele bezetting	.. %	
Algemeen veiligheidsmanagement	.. %	
Verwachtingen en acties van leidinggevenden	.. %	



- Hier worden **vooraf** de scores van de praktijk ingevuld en aangegeven of het een sterk, zwak of neutraal thema betreft. De thema's moeten aangepast worden aan de vragenlijst die u heeft gebruikt.
- Thema's die aandacht verdienen 'vet' maken **vooraf** aan de workshop.
- Resultaten bespreken, herkent iedereen zich hierin?



- De opdracht die we net hebben gemaakt is gebaseerd op de veiligheidscultuurladder. De ladder gaat uit van vijf 'volwassenheids' stadia waarin cultuur zich kan bevinden. De thema's op de twee A4'tjes zijn beschreven in deze vijf stadia van boven naar beneden.
- In de pathologische of ontkennende veiligheidscultuur heerst de houding: 'bij ons gaat niets fout, wij leveren al goede kwaliteit dus waarom je tijd verdoen aan veiligheid'. Voor ons onderzoek benaderden we verschillende praktijken. *Een reactie van een huisarts die past in deze categorie was: 'Ik werk alleen met één assistente dus hier gaat nooit iets fout'.* Er wordt niet tot weinig geïnvesteerd in het verbeteren van patiëntveiligheid. *De betreffende huisarts deed dan ook niet mee aan het onderzoek...*
- In de reactieve cultuur moeten er eerst dingen mis gaan voordat er wat verandert. De ingevoerde veranderingen zijn vaak ad hoc en van korte duur.
- Daarop volgt de bureaucratische, calculatieve of berekenende cultuur. Dit stadium kenmerkt zich door veel papieren verslaglegging, er wordt veel informatie verzameld, er zijn statistieken en er worden protocollen en regels gemaakt. Implementatie van (langdurige) veranderingen en evaluatie ervan ontbreekt. Er is bijvoorbeeld wel een VIM-protocol (meestal in het kader van de NHG-accreditatie), er worden wel eens incidenten gemeld en soms ook besproken. Maar soms zijn niet alle medewerkers van de procedure op de hoogte en er wordt weinig gemeld.
- In een proactieve cultuur is er sprake van hoge prioriteit voor veiligheid, er wordt continue in geïnvesteerd, er worden verbeteringen geïmplementeerd en geëvalueerd. Er wordt vooruit gedacht bijvoorbeeld door risicovolle processen aan de orde te stellen.
- In de generatieve cultuur is veiligheid volledig geïntegreerd in het handelen van elke medewerker.
- De stijgende lijn geeft een toename aan in: openheid, het geven van feedback na incidenten of een mogelijke fout, een niet-straffende respons op fouten, steun voor patiëntveiligheid vanuit leiding of management.

* Bronnen:

Westrum R. Cultures with requisite imagination, In: Wise JA, Hopkin VD, Stager P, eds. Verification and validation of complex systems: human factor issues. New York: Springer-Verlag, 1993: 401-416.

Parker, D., Lawrie, M., Hudson, P. A framework for understanding the development of organisational safety culture. Safety Science 2006; 44: 551-562

De eigen patiëntveiligheidscultuur

- Discussie over eigen patiëntveiligheidscultuur
- Inzicht krijgen in
 - verschillende percepties t.a.v. cultuur tussen individuen en tussen functies
 - concrete sterke en zwakke punten van de eigen cultuur
 - hoe patiëntveiligheidscultuur zich kan ontwikkelen



- Wat vinden jullie van jullie eigen cultuur in de organisatie/praktijk?
- Geef iedereen het woord.
- Wat zijn de meningen? Zijn er tegenstrijdige meningen? Hoe komt dit?

Oefening 2

In paren (zoveel mogelijk in dezelfde functie) 15 min

Vergelijk uw scores met de scores van de ander.

- Waar verschillen de scores en waarom?
- Waar verschillen ze niet?
- Probeer overeenstemming te krijgen over de keuze van een cultuurstadium die het beste past.



- We gaan nog een keer kijken naar de twee thema's waarvoor welke jullie net hebben aangegeven welke beschrijving het meest passend is voor onze organisatie/praktijk. (opdracht 1)
 - Bespreek nu in paren van dezelfde discipline nog een keer de twee thema's.
 - Waar verschillen jullie van mening? Geef concrete voorbeelden om de keuze van uw score te illustreren. Schrijf deze voorbeelden op.
 - En waar verschillen ze niet? Probeer om voorbeelden te geven en probeer om tot overeenstemming te komen in een keuze voor de meest passende beschrijving.
- Als paren vlot klaar zijn, vraag dan of ze hun mening konden beargumenteren met concrete voorbeelden.

Oefening 3

Groepsdiscussie

- Wat voor een score heb je je praktijk gegeven?
- Zijn er verschillen in de groep?
- Waardoor ontstaan verschillen?
- Welke informatie heb je gebruikt voor het scoren?



- Bespreek de opdracht met alle aanwezigen.
- Laat elk duo vertellen welke beschrijving zij hebben gekozen en waarom (vraag naar voorbeelden).
- Kijk of het lukt om als gehele praktijk tot één score te komen.
- Deze discussie loopt over in een brainstorm over mogelijke verbeteringen op de volgende dia.

4. Actieplan

Praktijkveiligheidsplan

- Wat is het probleem/verbeterpunt? Of wat is het doel/waar willen jullie naartoe met de praktijk?
- Welke acties/activiteiten zijn daarvoor nodig?
- Welke randvoorwaarden (tijd, budget)?
- Oftewel: wie doet wat en wanneer?
- Evaluatie: wie en wanneer?

Maak **concrete afspraken** over wat je wil verbeteren en hoe je dit gaat doen



- Het is nu de bedoeling te brainstormen over mogelijke verbeterpunten. Het kan ook zijn dat je als praktijk een volgend stadium op de cultuurladder wilt bereiken. Soms is het even nodig de deelnemers op gang te brengen met wat hulp. De hiervoor gevoerde discussie kan input geven, mogelijk zijn daar al zaken aan de orde geweest die men anders wil. Ga eventueel bij de flapover staan en noteer de verschillende ideeën, spreek deelnemers individueel aan e.d.
- Laat de aanwezigen daarna een keuze maken voor welke verbeterpunten ze willen oppakken. Zorg ervoor dat het een realistisch aantal is, benoem dat ook. Het is beter één of een paar dingen goed te doen dan heel veel zaken half of niet.
- Zorg ervoor dat de activiteiten zo concreet mogelijk benoemd worden, liefst uiteengezet in stappen om het (grotere) doel te bereiken. Geef bij de verschillende stappen aan wie wat gaat doen, wat hiervoor nodig is en wanneer het afgerond / geëvalueerd wordt.

Afronding

Wat was de belangrijkste boodschap voor jou?

Vragen?

Opmerkingen?

Evaluatieformulier



- Maak een rondje voor de belangrijkste boodschap.
- Vraag of er nog openstaande vragen of opmerkingen zijn.
- Optioneel: laat een evaluatieformulier invullen.
- Bedank de aanwezigen voor hun tijd en hun constructieve bijdrage.

Referenties

Conradi M. *Fouten van huisartsen*. ISBN: 9053522158. 1995. Te raadplegen: <http://irs.ub.rug.nl/ppn/141187751>

Harmsen M, Giesen P, Martijn L, Mettes Th, Verstappen W, Nijhuis-van der Sanden R, Wensing M. *Patiëntveiligheid in de Nederlandse eerstelijnszorg anno 2009*. Nijmegen: IQ healthcare, december 2009. ISBN: 978-90-76316-96-3

Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Washington D.C.: National Academic Press; 2001.

Langelaan M, de Bruijne M.C., Baines, R.J., Broekens MA., Hammink K., Schilp J., Verweij L., Asscheman H., Wagner C. *Monitor Zorggerelateerde schade 2011/2012. Dossieronderzoek in Nederlandse Ziekenhuizen. NIVEL en EMGO+ Instituut. 2013*. ISBN: 978-94-6122-223-7.

Kirk S., Parker D., Claridge T., Esmail A., Marshall M. *Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use*. Qual Saf Health Care 2007; 16:313-320

Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, van den Bempt PM. *Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands*. Arch Intern Med. 2008;168(17):1890-6.

Parker, D., Lawrie, M., Hudson, P. A *framework for understanding the development of organisational safety culture*. Safety Science 2006; 44: 551-562

Reason, J. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate, 1997.

Veld, CJ. in 't, Zwart DLM., van den Broek S. *Vanzelfsprekende veiligheid in de praktijk*. Bijblijven, 2012 (28), nummer 3.

Verbakel NJ, Zwart DLM, Langelaan M, Verheij TJM, Wagner C: *Measuring safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE-PC questionnaire*. BMC Health Services Research 2013, 13:354

Wagner C, van der Wal G. *Voor een goed begrip. Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities*. Medisch Contact 2005; 60(47):1888-91.

Westrum R. *Cultures with requisite imagination*, In: Wise JA, Hopkin VD, Stager P, eds. Verification and validation of complex systems: human factor issues. New York: Springer-Verlag, 1993: 401-416.

Willems R. *Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Sneller beter - De veiligheid in de zorg*. Den Haag: Shell Nederland; 2007.

Zwart DLM, Langelaan M, van de RC V, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJM, Wagner C: *Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'*. BMC Fam Prac 2011, 12:117

Zwart DLM, Steerneman AHM, van Rensen ELJ, Kalkman CJ, Verheij TJM. *Feasibility of centre-based incident reporting in primary healthcare: the SPIEGEL study*. BMJ Qual Saf 2011; 20(2):121-7.

Zwart, DLM. *Veilig incident melden in de huisartsgeneeskundige praktijk: ervaringen uit de SPIEGEL-studie*. Bijblijven, 2010 (26), nummer 9.

Bijlagen

1. Begrippenkader patiëntveiligheid

In november 2005 is een landelijk begrippenkader gepubliceerd voor begrippen met betrekking tot het thema patiëntveiligheid (Wagner 2005)

Adverse event

Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt, zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking, verlenging of verzwaring van de behandeling dan wel overlijden van de patiënt.

Complicatie

Een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat sprake is van onherstelbare schade.

Calculated risk

Een door de hulpverlener afgewogen risico of ingecalculeerd neveneffect van een behandeling die in de vakliteratuur is beschreven en waarbij het beoogde effect van de behandeling van groter belang wordt geacht dan de ernst van de schade of de kans op het ontstaan daarvan.

Fout = error

Het niet uitvoeren van een geplande actie (fout in de uitvoering) of het toepassen van een verkeerd plan om het doel te bereiken (fout in de planning).

Incident = event

Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.

Klacht = complaint

Elk naar voren gebracht bezwaar tegen het handelen of functioneren van een zorgaanbieder, komende van de gebruiker van de zorgaanbieder.

Near miss

Een onbedoelde gebeurtenis die a. voor de patiënt geen nadelen oplevert omdat de gevolgen ervan op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd (near miss), of b. waarvan de gevolgen niet van invloed zijn op het fysiek, psychisch of sociaal functioneren van de patiënt.

Schade = injury

Een nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functieverlies, of tot overlijden.

Vermijdbare adverse event

Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het niet of onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat sprake is van tijdelijke of permanente beperking, verlenging of verzwaring van de behandeling dan wel overlijden van de patiënt.

Vermijdbaar = preventable

Een incident, complicatie of adverse event is in retrospectie vermijdbaar als na systematische analyse van de gebeurtenis(sen) blijkt dat bepaalde maatregelen het incident, de complicatie of de adverse event hadden kunnen voorkomen.

Verwijtbaar = blameworthy

Een incident, complicatie of adverse event is in retrospectie verwijtbaar als na systematische analyse van de gebeurtenis(sen) blijkt dat de zorgverlener is tekortgeschoten en/of onzorgvuldig is geweest in vergelijking met wat van een gemiddeld ervaren en bekwame beroepsgeenoot in gelijke omstandigheden had mogen worden verwacht.

2. Compatibiliteitstabellen SCOPE - MaPSaF

Let op: Er is één MaPSaF vignet (nr 9) die correspondeert met twee SCOPE thema's. Als dit de SCOPE thema's zijn die de laagste scores hebben dan neem je de drie laagst scorende thema's om zo toch met twee MaPSaF vignetten aan het werk te kunnen.

SCOPE vragenlijst - huisartsenpraktijk -

SCOPE	MaPSaF vignetten
Overdracht en samenwerking	9 Samenwerking en patiëntveiligheid
Steun en collegialiteit	9 Samenwerking en patiëntveiligheid
Open communicatie over incidenten	6 Communicatie over patiëntveiligheid
Feedback en leren van incidenten	5 Leren van incidenten en realiseren van verbeterplannen
Meldingsbereidheid	3 Registratie en evaluatie van incidenten
Adequate procedures en personele bezetting	7 Personeelsbeleid en patiëntveiligheid 4 (Middelen)
Algemeen veiligheidsmanagement	1 Prioriteit van patiëntveiligheid 8 (Bijscholing en training gericht op (patiënt)veiligheid)
Verwachtingen en acties van leidinggevenden	2 Incidenten en verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid

SCOPE vragenlijst - eerstelijns praktijken -

SCOPE thema's	MaPSaF vignetten
Communicatie over en leren van incidenten	6 Communicatie over patiëntveiligheid 5 Leren van incidenten en realiseren van verbeterplannen
Overdracht en samenwerking	9 Samenwerking en patiëntveiligheid
Adequate procedures en werkomstandigheden	7 Personeelsbeleid en patiëntveiligheid 4 (Middelen) 8 (Bijscholing en training gericht op (patiënt)veiligheid)
Patiëntveiligheidsmanagement	2 Incidenten en verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid
Steun en collegialiteit	9 Samenwerking en patiëntveiligheid
Meldingsbereidheid	3 Registratie en evaluatie van incidenten
Lerende organisatie	1 Prioriteit van patiëntveiligheid

3. MaPSaF vignettes

1. Prioriteit van patiëntveiligheid

Beschrijving van de praktijk

Kruis aan

In onze praktijk werkt iedereen veilig, het is niet nodig om hier extra tijd aan te besteden. Er gaat wel eens wat mis, het is nu eenmaal mensenwerk, en dat gebeurt overal waar mensen werken. We hebben wel protocollen, deze hebben we om te kunnen voldoen aan de regels die wij van buiten (overheid, verzekeraars, landelijke huisartsenorganisatie) krijgen opgelegd.

Als in onze praktijk een incident heeft plaatsgevonden wordt veiligheid belangrijk gevonden, na verloop van tijd verslapt de aandacht weer. Op zo'n moment zorgen we voor oplossingen en verbeteringen, deze zijn ad hoc en van tijdelijke aard.

De protocollen zijn bij ons verouderd, maar indien nodig worden ze na een incident eventueel aangepast.

In onze praktijk zijn we actief bezig met het inventariseren van risico's die er zijn. Deze informatie analyseren we en de uitkomsten worden teruggekoppeld binnen de praktijk. We hebben veel plannen voor verbetering maar de daadwerkelijke uitvoering is gering.

We hebben in onze praktijk veel protocollen en regels, deze worden ook regelmatig door professionals geactualiseerd.

Eigen medewerkers van onze praktijk ontwikkelen de protocollen en verbeterprojecten. Voordat deze ingevoerd worden in de praktijk worden ze getest op uitvoerbaarheid en veiligheid. Daarna worden ze ook geëvalueerd.

We zijn ook actief bezig om risico's in onze praktijk te identificeren en analyseren. Met deze kennis worden de risico's aangepakt.

Patiënten oordelen vinden we belangrijk en patiënten worden ook betrokken bij het ontwikkelen en invoeren van verbeterinterventies.

Patiëntveiligheid is in onze praktijk helemaal geïntegreerd in alles wat wij doen. Dit wil zeggen, bij alle aanpassingen of vernieuwingen in onze praktijk vragen wij ons vooraf af wat dit betekent voor de patiëntveiligheid. Alle medewerkers zijn doordrongen van de betekenis en het belang van patiëntveiligheid. Verbeteringen die we doen worden geëvalueerd en ook vastgelegd in onze werkwijzen en dagelijkse activiteiten van iedereen die hier werkt.

2. Incidenten en verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid

Beschrijving van de praktijk

Kruis aan

Onze praktijk levert mensenwerk en waar mensen werken worden fouten gemaakt. Incidenten zijn daarom niet te voorkomen. Als er een incident voorvalt, is dit het probleem van degene die de fout heeft gemaakt, deze krijgt de schuld.

Het management / de leidinggevende is bij ons verantwoordelijk voor de patiëntveiligheid. Als er een incident voorvalt dan is dit het gevolg van het gedrag van de patiënt of een gevolg van een fout van de medewerker. De betrokken medewerker wordt daarop aangesproken door de leidinggevende en de andere medewerkers en eventueel de betrokken patiënt hebben hier niets mee te maken.

Incidenten worden niet alleen veroorzaakt door de mensen die het werk doen, maar ook door technische problemen met apparatuur (computer, sterilisator e.d.) of problemen in de organisatie (zoals werkafspraken, personeelsproblemen e.d.). In onze praktijk wordt daarom veel waarde gehecht aan werkafspraken en protocollen. Hierin leggen we de verantwoordelijkheden vast.

Incidenten ontstaan in onze praktijk door een combinatie van individuele, technische en/of organisatorische fouten. We vinden het daarom belangrijk om voor oplossingen ook te kijken naar zowel de organisatorische, technische en individuele mogelijkheden. Ook de patiënt wordt gezien als een iemand die kan bijdragen aan het ontstaan van een fout en de oplossing hiervan. Hoewel er één individu is die het voortouw neemt op het gebied van patiëntveiligheid, is het management hier ook actief mee bezig.

Een incident wordt veroorzaakt door meerdere oorzaken. Daarom wordt bij het opstellen van oplossingen ter voorkoming of herhaling ervan, gekeken naar al deze oorzaken. Mocht er toch een incident voorvallen dan worden wij, medewerkers, maar ook patiënten met hun familie/verzorgers begeleid c.q. ondersteund.

De verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid is vastgelegd en deze ligt voor een deel bij het management en voor een deel bij de medewerkers zelf.

3. Registratie en evaluatie van incidenten

Beschrijving van de praktijk

Kruis aan

Als er een incident voorvalt dan krijgt iemand hier de schuld van. Er heerst een 'schuldcultuur'. Bij ons in de praktijk worden niet snel incidenten gemeld.

Als er in onze praktijk al een incident onderzocht wordt, dan verloopt dit ongestructureerd. Dit is er meestal op gericht om een schuldige aan te wijzen.

Wij hebben een systeem om incidenten te melden (bijvoorbeeld MIP, VIM, FONA). Maar medewerkers zijn terughoudend om te melden, er heerst een 'schuldcultuur'. We worden niet gestimuleerd om incidenten te melden.

Vooraf ernstige incidenten worden gemeld. Na een melding volgt zelden een analyse of feedback. Als dit wel gebeurt dan is dit ongestructureerd.

Wij hebben een systeem om incidenten te melden en we vinden het belangrijk dat de formulieren goed en nauwkeurig worden ingevuld. Medewerkers voelen zich echter niet helemaal veilig om echt alle soorten incidenten te melden. We worden wel geïnformeerd over de incidenten die hier voorvallen. De analyse van de incidenten is gestructureerd volgens een protocol.

We hebben het wel over mogelijkheden om incidenten te voorkomen, echter deze worden niet structureel uitgevoerd.

Wij hebben een systeem om incidenten te melden en vrijwel alle soorten incidenten worden wel gemeld. Medewerkers voelen zich vrij om te spreken als ze iets zien dat mogelijk een negatief effect heeft op de patiëntenzorg.

Na een melding van een incident wordt het incident gestructureerd geanalyseerd en volgt snel feedback, deze informatie is gericht op de hele huisartspraktijk. Daarnaast wordt ook actief gezocht naar oplossingen om incidenten in de toekomst te voorkomen, ook patiënten worden hierbij betrokken.

In onze praktijk is het een gewoonte om alle soorten incidenten te melden. Na een melding en analyse wordt structureel feedback gegeven over de melding en de ingevoerde verbeteringen.

Deze verbeteringen worden geëvalueerd.

Medewerkers zijn zich bewust van hun eigen verantwoordelijkheden voor het rapporteren van incidenten om herhaling te voorkomen.

4. Middelen

Beschrijving van de fase

Kruis aan

In onze praktijk draait het vooral om productie, het zien en behandelen van patiënten is de belangrijkste prioriteit. Er wordt zelden geld uitgegeven aan het verbeteren van de patiëntveiligheid.

Pas als er zich een ernstig incident heeft voorgedaan wordt, indien nodig, geld uitgegeven om verbeteringen in te voeren. Na een incident worden ook materiaal en apparatuur extra goed en regelmatig gecontroleerd.

In onze protocollen en werkwijzen wordt aandacht gegeven aan patiëntveiligheid, het wordt net zo belangrijk gevonden als de 'productie', echter in de dagelijkse praktijk merken we dat patiëntveiligheid naar de achtergrond verdwijnt.

Op papier wordt geprobeerd de inzet van personeel, de bezetting van ruimten en het gebruik van apparatuur zo veel mogelijk te optimaliseren om de patiëntveiligheid te waarborgen.

We zijn er ons van bewust dat patiëntveiligheid een onderdeel is van de kwaliteit van onze zorg en dat we hiermee ook bijdragen aan de effectiviteit. Daarom levert het werken aan veiligheid zelfs geld op.

Ons materiaal en de apparatuur wordt structureel gecontroleerd en als nodig wordt er ander of beter materiaal/apparatuur aangeschaft. Ook de logistieke processen zijn zodanig opgezet dat deze de patiëntveiligheid maximaliseren.

Ons materiaal en de apparatuur die we in onze praktijk gebruiken wordt structureel gecontroleerd. Ook wordt continu gezocht naar beter (aangepast) materiaal en/of apparatuur ten behoeve van de patiëntveiligheid.

Daarnaast evalueren we de logistieke processen structureel.

5. Leren van incidenten en realiseren van verbeterplannen

Beschrijving van de fase

Kruis aan

Als er een incident voorvalt dan is het doel om deze niet bekend te laten worden. Er wordt onderzocht wie de schuldige was van het incident, maar van het incident zelf wordt niet geleerd.

Na een ernstig incident staat veiligheid tijdelijk weer op de agenda en krijgt het alle aandacht. We bespreken het voorval aan de koffietafel en er komen dan ook wel ideeën voor verbetering los. Er wordt dan ad hoc een oplossing en/of een verbeterplan opgesteld. In de praktijk wordt hier weinig gevolg aan gegeven en veranderingen houden in het algemeen niet lang stand; na verloop van tijd wordt de oplossing/verbetering vergeten. Of er wel of niet iets mee gedaan wordt ligt vooral aan degene die het incident heeft ingebracht.

Een incident zorgt ervoor dat het bewustzijn ten aanzien van patiënt(on)veiligheid toeneemt. De lessen die van een incident geleerd worden, worden op papier binnen de praktijk verspreid. Na een incident worden er een of meerdere personen verantwoordelijk voor de benodigde veranderingen om incidenten te voorkomen / te verminderen. Andere medewerkers worden hier niet actief bij betrokken. Hierdoor houden veranderingen vaak niet lang stand.

In onze praktijk leren we van incidenten en deze lessen worden actief met iedereen in de praktijk gedeeld. Alle medewerkers zijn nauw betrokken bij het bedenken en invoeren van veranderingen. Daarnaast leren we ook van patiënten en hun verzorgers of familie.

In onze praktijk wordt alle informatie gebruikt om de patiëntveiligheid te verbeteren, zowel van onszelf als van patiënten en familie als van andere informatie die buiten onze praktijk beschikbaar is.

Resultaten uit het patiëntveiligheidsplan worden opgevolgd en medewerkers voelen zich hier verantwoordelijk voor.

We bepalen voortdurend en vooraf wat de kans is op risico's en waar nodig voeren we veranderingen daadwerkelijk door.

6. Communicatie over patiëntveiligheid

Beschrijving van de fase

Kruis aan

Incidenten worden binnen de praktijk gehouden en bij voorkeur wordt er niet over gesproken. Als er soms wel over een incident gesproken wordt dan is dit vooral in negatieve zin en met de nadruk op schuld. Patiënten en familie/verzorgers worden niets verteld.

Communicatie over veiligheid vindt vooral plaats nadat een incident is voorgevallen. Dit is dan voornamelijk gericht op diegene(n) die erbij betrokken was (waren), en vind vrijwel uitsluitend plaats in de informele setting bijvoorbeeld tijdens de koffie.

In onze praktijk zijn we op de hoogte van incidenten die plaatsvinden. De leidinggevende moedigen medewerkers aan om over veiligheid (en risico's) te praten, maar in de praktijk is er geen structurele gelegenheid/ruimte om over veiligheid en risico's te praten. Op het moment dat een incident heeft plaatsgevonden dan zijn wij hier open in naar patiënten en familie/verzorgers.

Wij weten binnen onze praktijk van elkaar wat wordt gemeld. We stimuleren elkaar ook om incidenten te melden en veiligheid staat structureel op de agenda van het praktijkoverleg. Het is bij ons mogelijk om zowel veilig te melden als feedback te geven aan de leidinggevenden. Met patiënten en familie/verzorgers wordt gesproken over patiëntveiligheid en hoe zij hieraan een bijdrage kunnen leveren.

Er is continue communicatie over risico's en 'good practices', zowel onderling als tussen de disciplines en met (de) leidinggevende(n). We vragen patiënten en familie/verzorgers om actief bij te dragen aan het bewaken van de patiëntveiligheid.

7. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid

Beschrijving van de praktijk

Kruis aan

De werving en selectie processen zijn in onze praktijk niet zo goed ontwikkeld en verlopen ongestructureerd. De bezetting is wisselend, meestal is er onderbezetting en we maken regelmatig gebruik van uitzendkrachten.

In onze praktijk is het personeelsbeleid star, het beleid verandert zelden. Nieuwe medewerkers worden niet structureel ingewerkt door middel van een inwerkprogramma. Met waarnemers wordt een kort kennismakingsgesprek gevoerd, er is geen tijd om ze van te voren in te werken. De bezetting is wisselend, als er iemand uitvalt wordt dit opgevangen door de vaste medewerkers. Iedereen werkt hier, dus een inwerkprogramma is niet nodig. Na een incident wordt soms voor korte tijd extra hulp ingeroepen.

We hebben vaste werving en selectieprocedures en we vinden het belangrijk om altijd referenties te controleren. Om nieuwe medewerkers goed in te werken krijgen zij een inwerkplan/handboek. Hierin is aandacht voor de gang van zaken in onze praktijk en wat er van hen verwacht wordt. Het functioneren wordt geëvalueerd.

In onze praktijk streven we ernaar om professionals zodanig in te zetten dat de beschikbare capaciteit optimaal wordt benut. Dit doen we door er voor te zorgen dat medewerkers meerdere taken/functies kunnen uitvoeren, zodat ze flexibel ingezet kunnen worden.

We hebben efficiënte werving- en selectieprocedures, individuen worden maximaal 'gematcht' aan hun functie. Als een nieuwe medewerker is aangenomen wordt deze vervolgens met een vooraf vastgesteld plan ingewerkt.

Door middel van functioneringsgesprekken wordt geanticipeerd op scholingsbehoeften van alle medewerkers. Het personeelsbeleid wordt herzien en aangepast als dit nodig is.

We hebben functie- en taakomschrijvingen op basis van competenties. Daarnaast zijn er periodieke evaluaties en functioneringsgesprekken voor alle medewerkers. De leidinggevende / het management is zichtbaar betrokken bij de medewerkers. Onze praktijk slaagt er in voldoende mate in om deskundige zorgprofessionals en managers aan te trekken.

8. Bijscholing en training gericht op (patiënt)veiligheid

Beschrijving van de praktijk

Kruis aan

Mensen die hier werken hebben een opleiding gevolgd om het werk dat ze doen te doen. Dus waarom zouden ze meer scholing/training nodig hebben?

Wanneer er specifieke incidenten zijn geweest die allen te maken hadden met één thema dan wordt er gezorgd voor een standaard bijscholing /trainingen.

De bijscholingen/trainingen zijn standaard en daardoor voornamelijk gericht op veelvoorkomende problemen / situaties in de huisartspraktijk (bijvoorbeeld een standaard cursus Triage aan de telefoon).

In onze praktijk vinden we dat bijscholing/training van de medewerkers een goede manier is om incidenten te voorkomen. Medewerkers worden gestimuleerd om bijscholing/training te volgen. Niet iedereen volgt elk jaar een bijscholing/training.

De leidinggevende toetst minimaal eenmaal per jaar of het afgesproken loopbaanplan ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt. Daarnaast hebben we functioneringsgesprekken. Onze ervaringen en waarnemingen over risico's en veiligheid en die van patiënten worden meegenomen in de bijscholing/training.

Alle medewerkers zijn gemotiveerd en worden gestimuleerd om zich bij te scholen/trainen op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Dit wordt opgenomen in hun eigen loopbaanplan. Deze loopbaanplannen worden regelmatig geëvalueerd.

Kwesties over patiëntveiligheid komen in vakinhoudelijke scholingen voortdurend terug. Bij deze bijscholing/trainingen worden soms patiënten betrokken.

9. Samenwerking en patiëntveiligheid

Beschrijving van de praktijk

Kruis aan

Bij ons werkt iedereen voor zichzelf, voorvallen/incidenten worden nauwelijks gedeeld in de praktijk. De structuur is star en hiërarchisch. Overdrachten zijn niet gestructureerd.

Huisartsen werken weinig samen met de doktersassistenten, poh's of verpleegkundigen. Er is een duidelijke hiërarchie in de praktijk. Elke discipline doet zijn eigen werk en er is weinig uitwisseling tussen de disciplines.

Als er een incident is voorgevallen wordt er tijdelijk wel meer aandacht besteed aan het samenwerken. De ervaringen met het incident worden onderling gedeeld, maar alleen binnen de eigen disciplines. Onze overdrachten, bijvoorbeeld van huisarts naar poh, of huisarts naar doktersassistentes, hebben geen vaste structuur.

Binnen onze praktijk wordt prettig samengewerkt. De overdrachten binnen de disciplines maar ook tussen de disciplines zijn in werkwijzen beschreven. In de praktijk werkt dit niet altijd even goed. We hebben met alle medewerkers een protocol geschreven over hoe we tactvol met elkaar omgaan en elkaar kunnen helpen in lastige situaties, bijvoorbeeld met een agressieve patiënt.

De samenwerking en overdracht met specialisten in het ziekenhuis en andere disciplines buiten onze eigen praktijk is niet zo gestructureerd.

Onze samenwerking verloopt goed. De samenwerkingsafspraken staan op papier en deze verlopen ook zo in de praktijk. Binnen het hele team besteden we aandacht aan hoe we op een goede manier samenwerken, bijv. tijdens werkoverleggen.

De structuur van onze praktijk is zo opgezet dat deze gemakkelijk aangepast kan worden. Medewerkers vervullen de taken die voor hen het meest aangewezen zijn. Er wordt op een collegiale manier samenwerkt waarbij aandacht is voor de (situatie van) de ander. Als er iets voorvalt dan kan een collega bij een andere collega terecht.

De overdrachten verlopen gestructureerd en deze worden ook op een regelmatige basis geëvalueerd. Ook het werken in teams en de effectiviteit van een team wordt regelmatig geëvalueerd. Als het nodig blijkt worden hierin veranderingen aangebracht.

De samenwerking is optimaal, er is goede communicatie tussen alle medewerkers. De samenwerking en overdracht zijn helemaal geïntegreerd in de zorgprocessen in de praktijk. Wij steunen elkaar in ons werk en zijn er voor elkaar als dit nodig is. We durven ook minder goed lopende zaken bij elkaar aan te kaarten die te maken hebben met samenwerking en overdracht.

Als er patiënten zijn met verhoogde risico's, dan worden deze tijdens de gestructureerde overdrachten besproken zodat we voorbereid zijn.

Alle medewerkers van kunnen gebruik maken van trainingen over samenwerking en teamwerk. Deze trainingen worden regelmatig aangeboden en ook geëvalueerd.

4. Actieplan format

Probleem/verbeterpunt/doel:			
Activiteit	Wie	Wanneer	Wat nodig
Evaluatie: door wie en wanneer:			

Colofon

Vormgeving

Multimedia, UMC Utrecht

Uitgave

Julius centrum, UMC Utrecht

Juni 2014



Bezoekadres:
Heidelberglaan 100
3584 CX UTRECHT

Postadres:
Postbus 85500
3508 GA UTRECHT

www.umcutrecht.nl
T. +31 (0)88 75 555 55